

IPV - ESSV |



Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Trabalho efectuado sob a orientação de



“O prazer no trabalho aperfeiçoa a obra.”

Aristóteles

Agradecimentos

Ao Professor Doutor Olivério Ribeiro, pela orientação prestada na orientação desta etapa.

Aos meus pais e irmã, por apoiarem e acreditarem sempre em mim, por estarem sempre lá, pela paciência e incentivo para que nunca desmoralizasse.

Ao meu namorado e ao nosso pequeno, pela paciência, por todas as horas despendidas para que fosse possível realizar este trabalho.

Á minha pequena Alice que mesmo antes de nascer, já percebeu a dificuldade e o stress que se pode sentir nestas etapas de trabalho.

A todas as mulheres que aceitaram participar no estudo, muito obrigada.

A todos aqueles que de forma direta ou indiretamente deram o seu contributo para a concretização deste trabalho.

A todos ele, o meu

Bem Hajam!

Resumo

Enquadramento: O cancro da mama é o tipo de cancro mais comum entre as mulheres, sendo a segunda causa de morte por cancro. Ao longo do tratamento a mulher enfrenta um conjunto de morbilidades provocadas tanto pela cirurgia, como pelos tratamentos adjuvantes realizados, que alteram a forma como a mulher encara o seu corpo, a sua forma de estar, o que provoca uma grande alteração na sua qualidade de vida.

Objetivos: Avaliar o impacto da mastectomia na qualidade de vida da mulher, compreendendo a relação existente entre as determinantes sociodemográficas e clínicas e a qualidade de vida.

Métodos/Procedimentos: Realizou-se um estudo não experimental, de natureza transversal, quantitativa, com carácter descritivo-correlacional, utilizando uma amostra não probabilística por conveniência, constituída por 65 mulheres submetidas a cirurgia da mama no Centro Hospitalar Tondela Viseu, E.P.E., no ano de 2017. Utilizou-se um questionário dividido em três secções, a primeira definia-se a caracterização sociodemográfica e clínica, a segunda a escala EORTC- QLQ-C30 e a terceira o suplemento EORTC-QLQ-BR23, escalas testadas e validadas em Portugal.

Resultados: A amostra era constituída por 65 mulheres submetidas a cirurgia da mama com média de idades de 55.58 anos, na sua maioria casada (73.8%), escolaridade até ao 1ºciclo (35.4%) e com rendimento mensal médio entre os 500 e os 1000€ (35.4%). Verificamos que 67.7% das mulheres foram submetidas a mastectomia, destas 44.6% realizou esvaziamento axilar, 61.5% das mulheres realizou mais que um tratamento adjuvante. A maioria das mulheres (63.1%) refere sentir dor no dia-a-dia e 62.2% das mulheres apresentam complicações pós-operatórias. Das mulheres submetidas a mastectomia 70.5% referem um estado de saúde global moderado/ intermédio, enquanto as mulheres submetidas a tumorectomia (85.7%) refere um bom estado de saúde global.

Conclusões: Os resultados evidenciam que as variáveis clínicas, tipo de cirurgia, dor e complicações pós operatórias, determinam a QV da mulher submetida a cirurgia mamária, provocando um decréscimo na mesma.

Palavra-chave: mulheres, mastectomia, qualidade vida, cancro da mama.

Abstract

Background: Breast cancer is the most common type of cancer among women and the second cause of cancer death. During treatment the women face a number of morbidities caused either by surgery, such as by adjunctive treatments carried out to change the way the woman sees her body, its shape being, which causes a large change in their quality life.

Goals: Assess the impact of mastectomy on women's quality of life, including the relationship between the sociodemographic and clinical determinants and quality of life.

Methods / Procedures: A non-experimental, cross-sectional, quantitative, descriptive-correlational study was performed using a non-probabilistic sample of convenience, consisting of 65 women submitted to breast surgery at Centro Hospitalar Tondela Viseu, EPE, in 2017. A questionnaire was divided into three sections. The first one was the socio-demographic and clinical characterization, the second the EORTC-QLQ-C30 scale and the third the EORTC-QLQ-BR23 supplement, scales tested and validated in Portugal.

Results: The sample consisted of 65 women undergoing breast surgery with a mean age of 55.58 years, mostly married (73.8%), education up to the first cycle (35.4%) and average monthly income between 500 and 1000 € (35.4%). We found that 67.7% of the women underwent mastectomy, of which 44.6% underwent axillary emptying, 61.5% of the women performed more than one adjuvant treatment. Most women (63.1%) reported pain on a day-to-day and 62.2% of women have post-operative complications. Of women undergoing mastectomy 70.5% reported a moderate state of global health / intermediate, while women undergoing lumpectomy (85.7%) reported a good overall health.

Conclusions: The results show that the clinical variables, type of surgery, pain and postoperative complications, determine the QV of the woman submitted to breast surgery, causing a decrease in the same.

Key words: women, mastectomy, quality of life, breast cancer.

Sumário

| | Pág. |
|--|-------------|
| Pensamento | |
| Agradecimentos | |
| Resumo | |
| Abstract | |
| Lista de Imagens | I |
| Lista de Tabelas | II |
| Lista de Abreviaturas e Sigla | III |
| | |
| 1 - Introdução | 27 |
| | |
| 1ª PARTE – Enquadramento Teórico | |
| | |
| 1 - Cancro da Mama | 33 |
| | |
| 1.1 - Fisionomia da Mama | 34 |
| 1.2 - Fisiologia do Cancro da Mama..... | 35 |
| 1.3 - Fatores de Risco para Cancro da Mama | 36 |
| 1.4 - Sinais e Sintomas | 38 |
| 1.5 - Diagnóstico e Tratamento | 39 |
| 1.6 - A Mulher Mastectomizada e Complicações | 45 |
| | |
| 2 - Qualidade de Vida | 51 |

2ª PARTE – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

| | |
|-----------------------------------|----|
| 1 – Metodologia | 59 |
| 1.1 - Métodos | 59 |
| 1.2 – Participantes | 61 |
| 1.3 – Instrumentos | 62 |
| 1.4 - Procedimentos | 65 |
| 2 - Análise de Dados | 67 |
| 2.1 – Análise descritiva | 67 |
| 2.2 – Análise inferencial | 78 |

3ª PARTE – DISCUSSÃO DE RESULTADOS

| | |
|--|-----|
| 1 – Discussão de Resultados | 101 |
|--|-----|

4ª PARTE – CONCLUSÃO

| | |
|--|-----|
| Conclusão | 111 |
| Referências bibliográficas | 117 |
| Anexos | 125 |
| Anexo A – Instrumento de colheita de dados | 127 |
| Anexo B – Pedido de parecer para a realização do estudo à Comissão de Ética | 133 |
| Anexo C - Autorização para utilização de questionário | 135 |

Lista de Figuras

pág.

| | |
|---|----|
| Figura 1 – Anatomia da mama..... | 34 |
| Figura 2 – Sinais e sintomas do cancro da mama | 38 |
| Figura 3 – Mastectomia total | 43 |
| Figura 4 – Desenho de Investigação | 61 |

Lista de Tabelas

pág.

| | |
|---|----|
| Tabela 1 - Classificação TMN | 40 |
| Tabela 2 - Itens/dimensões da escala QLQ-C30 (versão 3.0), sobre a QV dos doentes oncológicos | 59 |
| Tabela 3 - Itens/dimensões da escala QLQ-BR 23 (versão 3.0), sobre a QV com cancro da mama | 60 |
| Tabela 4 - Estatísticas Relativas à idade | 67 |
| Tabela 5 - Caracterização Sociodemográfica da Amostra..... | 69 |
| Tabela 6 - Caraterização clínica da amostra | 71 |
| Tabela 7 – Estatísticas relativas à funcionalidade da mulher submetida a cirurgia da mama..... | 72 |
| Tabela 8 - Matriz de correlação de Pearson para a funcionalidade da mulher submetida a cirúrgica mamária | 73 |
| Tabela 9 – Estatísticas relativas à sintomatologia da mulher submetida a cirurgia da mama..... | 74 |
| Tabela 10 – Matriz de correlação de Pearson para sintomatologia da mulher submetida a cirurgia mamária | 75 |
| Tabela 11 - Estatísticas relativas à funcionalidade específica da mulher com cancro da mama..... | 76 |
| Tabela 12 – Matriz de correlação de Pearson para qualidade de vida funcional da mulher com cancro da mama..... | 77 |
| Tabela 13 - Estatísticas relativas à sintomatologia específica da mulher com cancro da mama..... | 77 |

| | |
|--|----|
| Tabela 14 – Matriz de correlação de Pearson para qualidade de vida sintomática da mulher com cancro da mama | 78 |
| Tabela 15 – Teste de Kruskal-Wallis entre idade e a avaliação funcional e sintomática geral e específica para o cancro da mama..... | 79 |
| Tabela 16 – Teste de U Mann - Whitney entre estado civil e a avaliação funcional e sintomática geral e específica para o cancro da mama | 80 |
| Tabela 17 – Teste de Kruskal-Wallis entre as Habilitações Literárias e a avaliação funcional e sintomática geral e específica para o cancro da mama..... | 81 |
| Tabela 18 – Teste de Kruskal-Wallis entre os rendimentos mensais e a avaliação funcional e sintomática geral e específica para o cancro da mama..... | 82 |
| Tabela 19 – Teste de U Mann - Whitney entre tipo de cirurgia e a avaliação funcional e sintomática geral e específica para o cancro da mama..... | 83 |
| Tabela 20 – Teste de Kruskal-Wallis entre os tipos de tratamento e a avaliação funcional e sintomática geral e específica para o cancro da mama..... | 85 |
| Tabela 21 – Teste de U Mann - Whitney entre a dor e a avaliação funcional e sintomática geral e específica para o cancro da mama..... | 86 |
| Tabela 22 – Teste de U Mann - Whitney entre carcinoma do lado da mão dominante e a avaliação funcional e sintomática geral e específica para o cancro da mama..... | 87 |
| Tabela 23 – Teste de U Mann - Whitney entre existência de cancro na família e a avaliação funcional e sintomática geral e específica para o cancro da mama..... | 88 |
| Tabela 24 – Teste de U Mann - Whitney entre existência de fatores de risco e a avaliação funcional e sintomática geral e específica para o cancro da mama..... | 89 |
| Tabela 25 – Teste de U Mann - Whitney entre existência de complicações pós operatórias e a avaliação funcional e sintomática geral e específica para o cancro da mama.... | 90 |
| Tabela 26 - Distribuição dos inquiridos segundo existência de complicações pós operatórias e fatores de risco..... | 91 |
| Tabela 27 - Distribuição da amostra segundo a idade e o estado de saúde global..... | 92 |
| Tabela 28 - Distribuição da amostra segundo o estado civil e o estado de saúde global..... | 92 |

| | |
|---|----|
| Tabela 29 - Distribuição da amostra segundo a dor e o estado de saúde global..... | 93 |
| Tabela 30 - Distribuição da amostra segundo o tipo de cirurgia e o estado de saúde global..... | 93 |
| Tabela 31 - Distribuição da amostra segundo grupo etário e o estado funcional | 94 |
| Tabela 32 - Distribuição da amostra segundo o estado civil e o estado funcional | 94 |
| Tabela 33 - Distribuição da amostra segundo a dor e o estado funcional..... | 95 |
| Tabela 34 - Distribuição da amostra segundo o tipo de cirurgia e o estado funciona..... | 96 |
| Tabela 35 - Distribuição da amostra segundo a idade e a sintomatologia..... | 96 |
| Tabela 36 - Distribuição da amostra segundo o estado civil e a sintomatologia..... | 97 |
| Tabela 37 - Distribuição da amostra segundo a dor e a sintomatologia | 97 |
| Tabela 38 - Distribuição da amostra segundo o tipo de cirurgia e a sintomatologia..... | 98 |

Lista de Abreviaturas e Siglas

AP – Falta de apetite

BCCQ – Breast Cancer Chemotherapy Questionnaire

BCQ – Breast Cancer Chemotherapy Questionnaire

BGS – Biópsia do Gânglio Sentinela

BRAS – Sintomas no braço

BRBI – Imagem corporal

BRBS – Sintomas da mama

BRFU – Perspetivas futuras

BRHL – Preocupação com a queda do cabelo

BRSEE – Prazer Sexual

BRSEF – Funcionamento sexual

BRST – Efeitos da quimioterapia

CDF – Complexo Descongestivo Fisioterápico

CDI – Carcinoma Ductal Invasivo

CDIS – Carcinoma Ductal “*in situ*”

CF – Funcionamento cognitivo

Cf. – Conforme

CHTV – Centro Hospitalar Tondela-Viseu, E.P.E.

CLI – Carcinoma Lobular Invasivo

Cm - Centímetros

CO – Obstipação

DGS – Direção Geral de Saúde

DI – Diarreia

DM – Diabetes Mellitus (DM)

DNA – Ácido desoxirribonucleico

DY – Falta de ar

ECG - Eletrocardiograma

EF – Funcionamento emocional

EORTC – European Organization for Research and Treatment of Cancer

EORTC QLQ-BR23 – European Organization for Research and Treatment of Cancer Breast Cancer-Specific

ESMO – European Society for Medical Oncology

EV – Endovenoso

FA – Fadiga

FACT-B – Functional Assessment of Cancer Therapy Breast

FACT-B+4 – Functional Assessment of Cancer Therapy Breast plus Arm Morbidity

FI – Dificuldades financeiras

GIVIO – Quality of Life Questionnaire Interdisciplinary Group for Cancer Care Evaluation

HRE2 – Fator de Crescimento Epidérmico Humano

ILC – Infecção do Local Cirúrgico

IMM – Instituto de Medicina Molecular

LPCC - Liga Portuguesa Contra o Cancro

MS – Membro Superior

NCCN – National Comprehensive Cancer Network

NV – Náuseas e vômitos

OECD - Organisation for Economic Co-operation and Development

OMS – Organização Mundial de Saúde

PA – Dor

PF2 – Funcionamento físico

QL2 – Estado global de saúde e qualidade de vida

QOL – Quality of Life Instruments BreastCancer Version

QV – Qualidade de Vida

RF2 – Limitações Funcionais

SF – Funcionamento social

SIL – Sociedade Internacional de Linfologia

SL – Insónia

SLP – Sobrevida Livre de Doença

SG – Sobrevida Global

INTRODUÇÃO

Introdução

Em Portugal tal como no resto da Europa, ao longo dos últimos anos verifica-se um aumento regular da incidência do cancro, aproximadamente de 3% por ano, segundo a Direção Geral da Saúde (DGS). Este aumento deve-se essencialmente ao envelhecimento da população, às modificações do estilo de vida das pessoas e ao próprio tratamento de sucesso do cancro e de outras patologias que aumentam a probabilidade de aparecimento de novas neoplasias (Portugal, Ministério da Saúde [Portugal, MS, DGS], 2017, p.5). Em Abril de 2017, e segundo a Liga Portuguesa Contra o Cancro (LPCC), Portugal tem cerca de 500 mil sobreviventes de cancro e perto de 100 mil doentes em tratamento. Por este motivo o cancro é cada vez mais considerado uma doença crónica e não uma doença aguda.

O cancro da mama é o tipo de cancro mais comum entre as mulheres, sendo a segunda causa de morte por cancro. Cerca de 1500 mulheres morrem anualmente com esta doença e são detetados 6000 novos casos de cancro da mama por ano. Por agredir um órgão cheio de simbolismo tanto na maternidade como na feminilidade, o cancro da mama é associado a uma imagem de grande gravidade e é uma das doenças com maior impacto na nossa sociedade (LPCC, 2017).

Com a deteção precoce da neoplasia, conseguiu-se aumentar a esperança média de vida e diminuir a taxa de mortalidade, no entanto, a mulher ao longo do tratamento enfrenta um conjunto de morbilidades provocados tanto pela cirurgia, como pelos tratamentos adjuvantes realizados, que alteram a forma como a mulher encara o seu corpo, a sua forma de estar, visto sentir que foi sujeita a uma mutilação o que provoca uma grande alteração na sua qualidade de vida (QV).

Devido à alta incidência e alta mortalidade, o cancro da mama é um significativo problema de saúde pública. Com os programas de rastreio populacional é possível aceder ao diagnóstico mais precocemente, o que promove uma melhoria na qualidade, disponibilidade e acessibilidade na terapêutica e tratamento (LPCC, 2017).

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), qualidade de vida é a perceção que o indivíduo tem da sua posição na vida, no contexto da cultura, valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (WHOQOL Group 1994, p. 28). Assim, a QV pode variar de acordo com a cultura, objetivos e expectativas de cada um. Por ser uma condição pessoal e individual, QV é um termo de difícil definição, cada ser individual vê a sua QV tendo em conta os seus sentimentos, a realização ou não das suas atividades de vida diária, a sua condição de saúde, etc.

O tratamento do carcinoma da mama é tendencialmente a cirurgia para conseguir o melhor controlo local com o mínimo de morbilidade. Conforme o grau e o desenvolvimento

pode optar-se por tratamento conservador da mama (tumorectomia) com radioterapia adjuvante ou com a remoção total da mama (mastectomia). A mastectomia é essencialmente realizada quando existe impedimento de realização de radioterapia, por decisão da própria doente, nos carcinomas multicêntricos, nos carcinomas inflamatórios, em micro calcificações malignas extensas e sempre que a tumorectomia não permita excisão de margens livres de tumor e em cirurgias consecutivas de conservação da mama (Cardoso, 2017, p.1).

A mulher que passa por uma mastectomia é confrontada com diversas alterações no seu estilo de vida, tanto a nível físico, funcional, como nas suas atividades de vida diária, na sua vida sexual, familiar, relacional, etc. Tendo que se adaptar à sua nova realidade. Para essa aceitação, para facilitar a adaptação à sua nova realidade e para a melhoria da sua QV a equipa de enfermagem desempenha um papel fundamental, realizando ensinamentos pertinentes e promovendo aprendizagens para que a mulher consiga com maior facilidade e dotada dos conhecimentos necessários adquirir técnicas e capacidades para ultrapassar o desafio que lhe foi colocado após a mastectomia.

A equipa de Enfermagem encontra-se presente e é fundamental em todas as fases de tratamento da mulher com cancro da mama, desde o diagnóstico até ao tratamento cirúrgico e pós-operatório, dando apoio não só à mulher como à sua família, visto que o cancro é uma doença que afeta todo o seio familiar da mulher.

Para facilitar a compreensão do problema levantado e ajudar na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem nas mulheres mastectomizadas, por forma a consequentemente melhorar a sua QV foram colocadas as questões de investigação.

A questão de investigação do estudo que se impõe: Que impacto tem a mastectomia na qualidade de vida da mulher?

Outras questões que se colocam são:

- As variáveis sociodemográficas influenciam a QV na mulher após a cirurgia da mama?

- As variáveis clínicas influenciam a QV na mulher após a cirurgia da mama?

Para conseguir melhor responder às questões levantadas foram criados alguns objetivos que nos levassem a essas respostas. Constituem assim objetivos do estudo:

- Avaliar a QV de mulheres mastectomizadas;

- Determinar a relação entre as variáveis sociodemográficas e a QV;

- Determinar a relação entre as variáveis clínicas e a QV;

- Verificar as necessidades sentidas pela mulher após mastectomia para ser possível prestar melhores cuidados de enfermagem a todas as mulheres que passam por este problema;

- Avaliar a QV de mulheres acometidas de cancro da mama após realizarem tratamento cirúrgico;

Esta dissertação estrutura-se mediante quatro partes sendo que na primeira realizamos o enquadramento teórico do objeto de estudo e também uma abordagem ao cancro da mama, à fisionomia da mama e fisiologia do cancro da mama, os fatores de risco, sinais e sintomas, o diagnóstico e tratamento, uma referência à mulher mastectomizada e complicações pós operatórias e ainda uma abordagem ao impacto na QV. Seguidamente executamos o enquadramento metodológico adotado e nesta parte expomos a justificação do estudo, apresentamos a questão de investigação e os objetivos do mesmo, exibimos o desenho do estudo, apresentamos as participantes e o instrumento utilizado na colheita de dados, e ainda os procedimentos éticos utilizados. Será também realizado o tratamento e análise estatística dos dados recolhidos. Seguidamente será efetuada a discussão dos resultados obtidos no estudo. Para finalizar e na última parte apresentam-se as conclusões do estudo.

1ª PARTE
ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1 - Cancro da Mama

O cancro da mama é considerado, nos dias que correm, uma doença crónica e não mais uma doença fatal, o que levanta questões e preocupação com o futuro das mulheres após o tratamento visto que o cancro envolve repercussões tanto físicas como psicológicas (Guimarães, et al., 2014, p.1118). A OMS estima que até 2020 a incidência de cancro da mama aumente 104% (LPCC, 2017).

O cancro da mama é a neoplasia mais frequente no sexo feminino, afeta uma em cada nove mulheres e constitui a causa de morte mais frequente nas mulheres entre os 35 e os 55 anos de idade na União Europeia. Quando diagnosticadas num estágio precoce e sendo adequadamente tratadas 90% podem ser curadas, pelo que devem ser implementados esforços no diagnóstico precoce da doença. O diagnóstico do carcinoma da mama é portanto uma atividade multidisciplinar que requer que os profissionais sejam experientes, treinados e que tenham acesso a equipamentos e técnicas de diagnóstico específicas que devem ser utilizadas com critério clínico, ponderação de custo e eficácia (LPCC, 2017).

O cancro é um evento que deixa sequelas físicas e emocionais na vida da mulher, visto que afeta a perceção da sua sexualidade, a sua imagem corporal e pessoal e interfere diretamente na qualidade de vida da mulher. A sobrevivência ao cancro da mama inicia-se com o diagnóstico e não termina (Guimarães, et al. 2014, p.1118).

Sendo o cancro da mama o mais comum nas mulheres, este repercute-se na própria doente, no aspeto físico, no aspeto social e também no aspeto psicológico. A mulher é acometida por debilidade física, alterações da imagem corporal, sentimentos de inferioridade, angústia, medo da morte e repulsa pela mutilação, o que despoleta um sentimento de revolta em relação à doença. Assim, o cancro da mama não é um problema apenas da doente mas sim da família enquanto “unidade de tratamento”, sobressaindo aqui o papel do companheiro como elemento mediador entre a doença e os filhos (Dias, et al., 2014, pp. 288).

O carcinoma da mama é causado por uma multiplicação rápida e desordenada das células mamárias, que se encontram geneticamente modificadas devido a um erro na multiplicação celular. Podem atingir várias regiões da mama ou migrar para outros tecidos corporais, como por exemplo ossos, pulmões, fígado, sistema nervoso central, etc. Habitualmente a sua evolução é silenciosa, não sendo expectáveis a ocorrência de

sintomatologia que demonstre a sua existência promovendo o aumento do índice de mortalidade (Furlan, et al. 2013, p. 265). Por ser uma doença do genoma celular surge devido a fatores exógenos, que são provocados pelo meio ambiente onde a mulher se encontra inserida ou por fatores endógenos provocados pelo próprio organismo. Estes fatores diversos promovem a transformação e o crescimento maligno das células levando ao desenvolvimento do carcinoma (Cezar, 2013, p.29).

1.1 - Fisionomia da Mama

A mama é uma glândula sudorípara apócrina modificada, que se desenvolve a partir da ectoderme do embrião (Santos & Lopes 2014, p. 16). A mama é uma estrutura proeminente na parede anterior do tórax, formada por tecido glandular e tecido fibroso de sustentação que se encontram integrados numa matriz adiposa, completa por vasos sanguíneos, linfáticos e nervos. Exteriormente a mama tem ainda aréola e papila mamária (Moore, Dalley, Agur 2014, p. 153).

Conforme se pode observar na figura 1, a mama é constituída por três grandes componentes histológicos, que são os lóbulos mamários, unidades que promovem a produção de leite, os ductos ou canais lactíferos, que são canais que transportam o leite até aos mamilos e o estroma conjuntivo que envolve as glândulas e os ductos. Neste existem vasos sanguíneos, vasos linfáticos, nervos, tecido adiposo, músculo liso, células mioepiteliais e fibroblastos (Santos & Lopes 2014, p. 16). O tecido glandular é constituído por 15 a 20 lobos, que são constituídos por vários lóbulos e ductos lactíferos que se estendem até ao mamilo. A mama é envolvida por duas camadas de tecido fibroso conectadas por ligamentos suspensórios de Cooper, o que permite a forma característica de cada mama (Vaidya & Oatkar 2017, p.7).

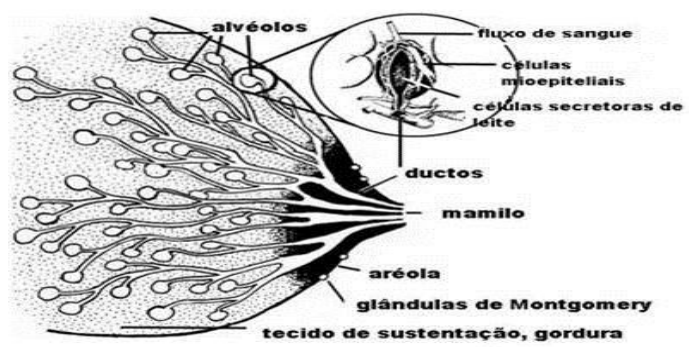


Figura 1 – Anatomia da mama

Fonte: Portugal, Alto Comissariado da Saúde (2018). Fundamentos do Aleitamento materno anatomia e fisiologia. Acedido em: <http://amamentar.medicineone.net/ProfissionaisdeSa%C3%BAde/Fundamentosdoaleitamentomaterno/Anatomiaefisiologia/tabid/432/Default.aspx>

A superfície mamária encontra-se dividida em quatro quadrantes, para que seja possível localizar mais facilmente a posição anatómica de tumores e cistos (Mooer et al. 2014, p.160).

1.2 - Fisiologia do Cancro da Mama

O cancro da mama consiste no crescimento anormal de células na região mamária, células estas que se multiplicam incontrolavelmente. Este tipo de carcinoma pode ocorrer tanto nos homens como nas mulheres, sendo mais comum em mulheres e podem ser tumores benignos ou malignos (Salve, 2017 p. 5).

Os tumores benignos são assim considerados por não invadirem o tecido saudável circundante, não crescem abruptamente e quando retirados não voltam a crescer e não metastizam para outras partes do corpo. Por outro lado, os tumores malignos são constituídos por células tumorais que podem invadir e danificar o tecido circundante, este pode voltar a crescer quando removido e estas células metastizam com facilidade (Salve, 2017, p. 5).

Segundo André (2015, p. 1) designa-se por cancro da mama uma neoplasia epitelial maligna, com capacidade de disseminação/metastização e cuja incidência aumenta com a idade, sendo o prognóstico melhor quando detetado em estádios iniciais.

A maioria dos cancros da mama são tumores epiteliais, que têm origem nas glândulas produtoras de leite pelo que são chamados de carcinomas lobulares, correspondendo a 8% dos casos de cancro, ou originários dos ductos de drenagem que são chamados de carcinomas ductais, que correspondem a cerca de 90% dos casos de cancro. Apenas uma pequena parte envolve o estroma ou os tecidos moles (Vaidya & Oatkar 2017, p.8).

O cancro da mama é classificado segundo o local onde é detetado e o seu grau de evolução. São conhecidos vários tipos de cancro que são nomeados seguidamente.

- Cancro da mama precoce – é o tipo de carcinoma que se localiza apenas na mama e/ou na periferia imediata como por exemplo nos nódulos linfáticos axilares;
- Cancro da mama invasivo - é o tipo de carcinoma que se espalha da mama para outras partes do corpo. São carcinomas invasivos o carcinoma ductal invasivo (CDI), carcinoma lobular invasivo (CLI), doença de Paget do mamilo, cancro inflamatório da mama, cancro da mama medular, cancro da mama mucinoso, cancro da mama triplo negativo, carcinoma ductal “*in situ*” (CDIS) e tumor filóide maligno (Santos & Lopes 2014, p.45).

O CDI é um tipo de cancro que se inicia nos ductos do leite da mama e se espalha para o tecido circundante e é considerado o tipo de carcinoma mais comum. O CLI é menos frequente e acontece quando as células cancerígenas iniciam o seu desenvolvimento nos lóbulos mamários e se metastiza para os tecidos vizinhos. Doença de Paget é uma situação rara, deteta-se pelo aparecimento de alterações no mamilo, que podem ir de prurido a erupção cutânea com ou sem dor. O mamilo pode inverter-se e habitualmente existe um nódulo infra mamilar que necessita de pesquisa da neoplasia que lhe dá origem, de forma célere.

O cancro inflamatório da mama é reconhecido pelo aparecimento de sinais inflamatórios na mama, com rubor e calor, isto acontece devido ao bloqueio dos canais linfáticos pelas células cancerígenas e é um cancro extremamente raro, 1 a 6% dos casos. Denomina-se cancro da mama medular um conjunto de células neoplásicas totalmente atípicas com grande capacidade de metastização.

O carcinoma mucinoso, também conhecido por colóide é assim designado porque microscopicamente as células cancerígenas encontram-se agrupadas em muco e estão intrinsecamente ligados a outro tipo de cancro da mama invasivo. No que diz respeito ao cancro da mama triplo negativo é assim designado pela ausência de recetor de estrogénio, de progesterona e ao recetor HER2.

O CDIS é um tipo de cancro localizado, visto não ter capacidade de se metastizar, sendo que a maioria tem origem no ducto lobular e pode ser classificado em CDIS baixo grau, grau intermédio ou alto grau. O tumor filóide é uma formação dura, habitualmente circunscrita podendo desenvolver-se rapidamente e apresentar grandes dimensões, é também um tipo raro de cancro da mama (Vaidya & Oatkar 2017, p.17; Santos & Lopes 2014, p.49).

1.3 - Fatores de Risco para Cancro da Mama

Não existe uma causa única para o desenvolvimento do cancro da mama, no entanto existem alguns fatores predisponentes ao seu aparecimento, como a idade, a cor da pele, raça e etnia, cancro da mama prévio, doenças benignas da mama, história familiar de cancro, lesões genéticas hereditárias, fatores endócrinos, história reprodutiva, fatores comportamentais, ambientais e fatores genéticos/ hereditários (Cezar, 2013, p.29).

Segundo o Instituto Nacional do Cancro da Mama (INCA) (2013) a idade aumenta o risco de desenvolvimento de cancro devido ao acúmulo de exposições sujeitas ao longo da

vida e às próprias alterações biológicas que decorrem do envelhecimento, uma mulher com mais de 60 anos aumenta o risco de cancro da mama.

Assume-se que os fatores endócrinos ou relativos à história reprodutiva, no que se refere ao estímulo de estrogénio que é produzido pelo próprio organismo ou ao consumo continuado de substâncias compostas por essa hormona são mais propícios ao desenvolvimento de cancro da mama. São assim considerados fatores de risco: história de menarca precoce, idade de primeira para tardia, menopausa tardia, primeira gravidez após os 30 anos, não ter filhos e o uso de contraceptivos orais ou de terapia de reposição hormonal por tempo prolongado (INCA, 2013).

No que diz respeito aos fatores comportamentais ou ambientais, tem como influência o consumo de bebidas alcoólicas, a obesidade após a menopausa, a exposição a uma radiação ionizante, o uso de uma dieta pobre, a inatividade física e o tabagismo. Existem também fatores genéticos e hereditários que favorecem o aparecimento do cancro da mama, como a existência de mutações genéticas, especialmente de BRCA1 e BRCA2, casos familiares de cancro da mama anteriores, ou de cancro de ovário ou mesmo de cancro da mama em homens, que favorecem o aparecimento do cancro da mama (INCA, 2013). Para explicar a forma como estas mutações genéticas aumentam o risco de cancro Silva (2013, p. 194) refere que:

O primeiro gene de predisposição ao câncer de mama mapeado foi BRCA1 (1994) e está localizado no braço longo do cromossomo 17. No ano seguinte, o segundo gene de suscetibilidade o BRCA2, foi mapeado no braço curto do cromossomo 13. Os genes BRCA 1 e 2 atuam como genes de supressão tumoral suprimindo indiretamente o crescimento neoplásico (ciclo celular), codificando proteínas que atuam no reparo e manutenção da integridade do genoma humano (DNA). A literatura demonstra claramente que portadoras de mutações deletérias nesses genes apresentam maior incidência de câncer de mama-ovário quando comparadas à população em geral. Estima-se que mulheres portadoras da mutação o risco cumulativo (até os 70 anos) para desenvolver câncer de mama gira em torno de 50-75% para as portadoras de BRCA 1 é da ordem de 33-54% nas portadoras de BRCA 2; e para o câncer de ovário estima-se respetivamente, 22-51% e 4-21%.

Segundo Vaidya e Patkar (2017, p. 15) as mulheres com alta densidade mamária são quatro a cinco vezes mais propensas a desenvolver cancro da mama, assim como este é mais comum em mulheres caucasianas. Para os mesmos autores o facto de a mulher amamentar tem um efeito protetor.

1.4 - Sinais e Sintomas

O sintoma mais frequente detetado no cancro da mama é o aparecimento de um nódulo, no entanto existe uma enorme variedade de outros sinais e sintomas que podem ocorrer e para os quais a mulher deve permanecer atenta, como sendo alterações da coloração da pele, eritemas, manchas, prurido e dor (Vaidya & Oatkar 2017, p.17).

Os principais sintomas do cancro da mama são então (figura 2):

- Nódulos;
- Inversão de regiões mamárias;
- Endurecimento da mama;
- Inversão do mamilo;
- . Alterações da pele e de coloração da mesma;
- Saída de líquido sanguinolento a nível do mamilo;
- Deformações e alterações de tamanho da mama;
- Aumento e sensibilidade de gânglios linfáticos axilares (Mandal, 2013).

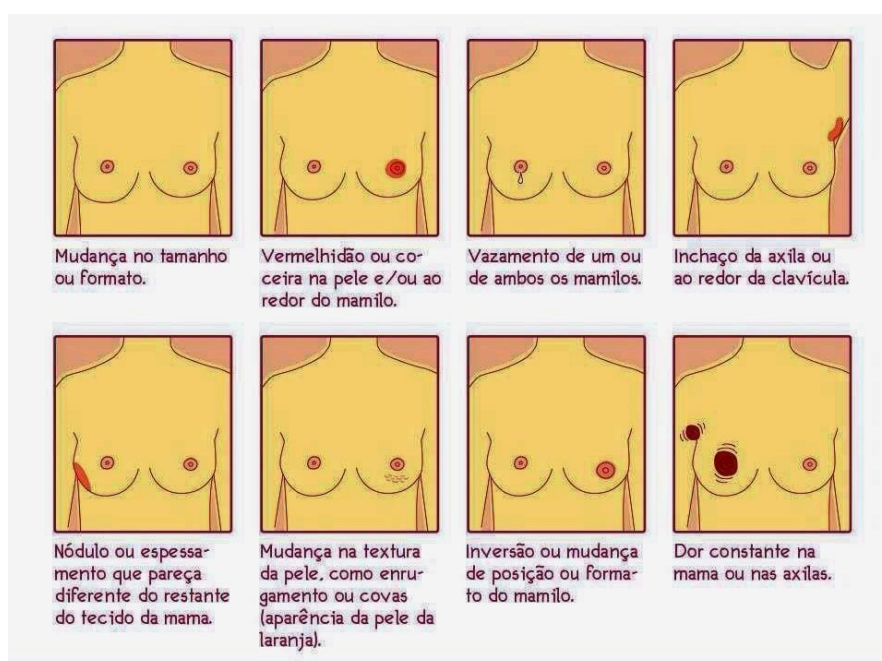


Figura 2 – Sinais e sintomas do cancro da mama

Fonte: Brasil, Clínica de Mastologia (2016). O que é o cancro da mama. Acedido em: <http://clinicademastologia.com/2016/04/o-que-e-cancer-de-mama-2/>

Deste ponto de vista, é essencial que cada mulher realize de preferência mensalmente palpação e vigilância mamária. Esta deve ser realizada com a mulher inicialmente sentada com os braços relaxados para se poder realizar uma comparação do tamanho e da forma da mama. No caso de existir uma discrepância no tamanho de início recente ou de natureza progressiva ou retração da pele, estas devem ser alvo de avaliação médica (Harris et al. 2014, p. 60). A pele das mamas e os mamilos também devem ser vigiadas, pelo que a mulher deve colocar os braços atrás da cabeça e vigiar se existe algum tipo de edema, eritema, celulite ou abscesso e sinais inflamatórios (Harris et al. 2014, p. 64).

A ocorrência de sangramento pelo mamilo é um sinal importante para o diagnóstico de cancro da mama, principalmente quando associada à existência de um nódulo palpável. A ocorrência de inversão mamária deve-se comumente à perda de tecido mamário normal e posterior cicatrização, o que provoca esta alteração da forma. A pele pode por este motivo dobrar ou “franzir” devido à infiltração do tumor nos ligamentos de Cooper, o que pode ainda provocar inversão do mamilo. O edema dos nódulos linfáticos é habitualmente o primeiro sintoma do cancro da mama (Vaidya & Oatkar 2017, p.18).

1.5 - Diagnóstico e Tratamento

De forma a realizar uma avaliação criteriosa da neoplasia e assim definir o melhor tratamento, é necessário que se conheça a localização anatómica, a extensão do tumor e o grau disseminação da doença, para isso utiliza-se uma classificação de estadiamento para que seja possível avaliar os riscos e o prognóstico (Santos & Lopes 2014, p.122). Esta classificação é chamada sistema de estadiamento TNM, que engloba a maior dimensão do tumor primário, em centímetros (cm) (T), a ausência ou presença de metástases nos gânglios linfáticos regionais (N) e a ausência ou presença de disseminação à distância (M) (Cardoso, 2017, p. 1).

A classificação TNM ajuda no planeamento do tratamento, define o prognóstico e permite comparar e avaliar os resultados do tratamento ou de ensaios clínicos (Santos & Lopes 2014, p.125). Para uma melhor e mais pormenorizada avaliação cada categoria é subdividida conforme o apresentado na tabela 1.

Tabela 1: Classificação TMN

| Categoria T | |
|--|--|
| T0 | Ausência de tumor; |
| Tis | Tumor presente só no interior dos ductos ou lóbulos "in situ"; |
| T1 | Tumor com 2cm ou menos na sua dimensão; |
| T2 | Tumor com mais de 2cm mas menos de 5cm; |
| T3 | Tumor com mais de 5cm; |
| T4 | Tumor presente na parede torácica ou na pele. |
| Categoria N é subdividida em duas, a primeira significa o estadio clínico e é representada pela letra c e a segunda é caracterizada pela letra p de estado anátomo-patológico: | |
| cN0 | Sem gânglios palpáveis; |
| cN1 | Células tumorais em gânglios palpáveis na axila homolateral, móveis; |
| cN2 | Células tumorais em gânglios palpáveis na axila homolateral, fixos ou encontrados ao nível da cadeia mamária interna; |
| cN3 | Células tumorais em gânglios palpáveis infra claviculares homolaterais com ou sem envolvimento de gânglios axilares e da cadeia mamária interna; |
| pN0 | Gânglios não envolvidos; |
| pN1 | Células tumorais em 1-3 gânglios axilares; |
| pN1mi | Células tumorais em gânglios com 2milímetros ou menos de tamanho; |
| pN2 | Células tumorais em 4 a 9 gânglios axilares; |
| pN3 | Células tumorais em 10 ou mais gânglios axilares ou de outras áreas em volta da mama; |
| A categoria M é dividida em 2 subclasses: | |
| M0 | Sem metástases à distância; |
| M1 | Com metástases à distância |

Fonte: Santos, L., Lopes, B. (2014). Cancro da mama O que devemos saber? Do diagnóstico ao tratamento. Lisboa: LIDEL, p. 125; Vaidya, J., Patkar, V. (2017). Fast Facts: Early Breast Cancer. Oxford: Health Press, p.30.

Segundo a National Comprehensive Cancer Network (NCCN) (2013, p. 10) e a European Society for Medical Oncology (ESMO) (2011, p. 17), quando se reagrupa a informação colhida pelo sistema TNM, consegue-se determinar o estágio do tumor, sendo que este pode variar de 0 a IV (apresentado em numeração romana). Ao identificar o estágio do tumor facilita a decisão terapêutica de tratamento.

Estádio 0 – neste estágio são classificados os carcinomas não invasivos, como Tis, não existe crescimento tumoral nos gânglios axilares ou em outros órgãos distantes.

Estádio I – neste estágio é classificado o tumor da mama invasivo, com 2cm ou menos que ou não tem células tumorais nos gânglios axilares ou estas são muito pequenas. O tumor não se encontra presente nos órgãos distantes.

Estádio II – neste estágio os tumores são maiores que no estágio I e/ou existem mais células tumorais nos gânglios axilares, não existindo sinais de metástase nos órgãos distantes. Este estágio divide-se em dois subgrupos IIA e IIB. No estágio IIA o tumor é de tamanho inferior a 2cm, no entanto existem células tumorais nos gânglios axilares (N1), podem também entrar neste grupo tumores com 2.1 a 5cm mas sem gânglios axilares afetados, por outro lado no estágio IIB encontram-se tumores com 2.1 a 5cm de tamanho com gânglios axilares afetados, podem também incluir-se tumores com mais de 5cm de tamanho nos quais não existam evidências de gânglios axilares afetados.

Estádio III – Este divide-se em IIIA, IIIB e IIIC. No estágio IIIA são incluídos os tumores com mais de 5cm, nos quais existem gânglios axilares afetados que se encontram fixos. No IIIB o tumor invade a parede torácica ou a pele mas os gânglios axilares podem ou não encontrar-se afetados. Em IIIC as células tumorais encontram-se já nos tecidos circundantes da mama (N3).

Estádio IV - Neste estágio concreto as células tumorais encontram-se disseminadas para órgãos distantes da mama, sendo o tumor de qualquer tamanho, com qualquer número de gânglios axilares afetados.

Para que esta classificação seja possível é necessário a realização de uma biópsia para o diagnóstico ser mais correto, deve ainda associar-se diversos exames que se tornam de extrema importância para a discriminação do tipo de tumor. Os exames de diagnóstico são a ecografia mamária e axilar, a mamografia, Rx do tórax, análises sanguíneas, eletrocardiograma (ECG) e quando indicada ressonância magnética (Santos & Lopes 2014, p.127). Além destes as mulheres também devem realizar testes dos recetores hormonais, sendo esta informação relevante para o médico ter perceção se o cancro necessita de estrogénios ou progesterona para se desenvolver, podendo assim condicionar o tratamento a escolher. Na amostra retirada por biópsia deve realizar-se o teste de aumento ou sobre expressão do recetor 2 para o fator de crescimento epidérmico humano (HER2). Este fator existe na membrana das células tumorais, e também pode ser designado por HER2/neu. Caso este fator se encontre aumentado significa que estamos perante um tipo específico de cancro da mama que é o HER2 positivo que está associado a uma maior agressividade da doença (LPCC, 2017a).

O diagnóstico de cancro da mama tem um grande impacto tanto na doente como na família, visto que as pessoas são assoladas por pensamentos e ideias pré concebidas do

próprio diagnóstico e do tratamento que as espera. Assim, sentimentos de ansiedade, depressão, problemas sexuais e financeiros ocorrem frequentemente em mulheres diagnosticadas com cancro da mama. Nos últimos anos muitos foram os desenvolvimentos no tratamento do cancro da mama, sendo a abordagem terapêutica neste momento composta por intervenções locais e sistémicas, que podem ser aplicadas independentemente ou de forma concomitante. São consideradas intervenções locais a cirurgia e a radioterapia, estas visam a remoção ou destruição das células neoplásicas. As intervenções sistémicas são a quimioterapia, a hormonoterapia e a terapia biológica que têm como objetivo controlar ou destruir a neoplasia em todo o organismo (Garcia, Félix, Montovani, Maftim, & Kalinke 2017, p. 2).

Sendo a mama símbolo de beleza corporal, da fertilidade, da feminilidade e da saúde em todas as fases da vida, quando há ameaça da perda deste órgão as repercussões emocionais podem danificar a imagem que a mulher tem de si, e sendo a cirurgia necessária em praticamente todos os casos de cancro da mama, todas estas dimensões são afetadas (Gomes, Soares, & Silva 2015, p. 120).

No que diz respeito ao tratamento cirúrgico existem várias opções conforme o tamanho, extensão e disseminação do carcinoma, os médicos realizam hoje tumorectomia, quadrantectomia e mastectomia que pode ser dividida em simples e radical (Faria, Fangel, Almeida, Prado, & Carlo 2016, p. 202). Visto que as doentes são consideradas como doentes a longo prazo e que merecem uma boa qualidade de vida por muitos anos, o tratamento cirúrgico concentra-se cada vez mais em procedimentos menos invasivos que proporcionam uma menor morbilidade, mantendo a sobrevida (Nelson, Hunt, Veeramachaneni, Blair, Chang, Halveron, Katz & Posner 2015, p. 1). Para os mesmos autores (2015, p. 1) o desafio de fornecer o tratamento cirúrgico ideal reside na fase de planeamento, porque ao existirem vários tratamentos seguros é necessário ajustar o tratamento a cada doente tornando-o individualizado e ideal, incorporando os desejos de cada doente.

A tumorectomia é a remoção do carcinoma e do tecido mamário envolvente com margens macroscópicas de segurança, com o mínimo de 0.5cm. É utilizada quando a área a remover de tecido tumoral e margens de segurança não excedem os 3cm de diâmetro; é realizada desde a fáscia peitoral até ao tecido subdérmico. Esta cirurgia é habitualmente a primeira escolha, sempre que permitida, e posteriormente à cirurgia a doente é submetida a radioterapia, por este motivo, quando a radioterapia não se pode realizar, esta forma cirúrgica é contraindicada. Outros motivos de contraindicação são gravidez, doenças do colagénio, expectativa de mau resultado cosmético, quando o tumor se situa na região

subareolar e quando há impossibilidade de boas margens de segurança (Pinto, Gouveia, & Cardoso 2015, p. 15; Faria et al. 2016, p. 201; Santos & Lopes 2014, p. 130).

A quadrantectomia é uma cirurgia conservadora da mama na qual se realiza uma ressecção do quadrante mamário envolvido, com irradicação do tecido mamário remanescente (Faria et al. 2016, p. 202).

Segundo Pinto, Gouveia, & Cardoso (2015, p.16):

A eficácia e segurança oncológica da cirurgia conservadora da mama com radioterapia adjuvante está claramente documentada na literatura com evidência de nível 1, através de metanálises de estudos prospectivos randomizados com resultados de sobrevida global (SG) e sobrevida livre de doença (SLP), estatisticamente sobreponíveis aos conseguidos com a mastectomia.

A mastectomia é a cirurgia de remoção total da mama, esta causa um maior impacto físico e emocional na vida das mulheres e dos seus familiares e pode ser simples ou radical. Esta deve ser realizada quando existe impedimento à realização de radioterapia adjuvante, nos carcinomas inflamatórios, em microcalcificações malignas diagnosticadas por biópsia com distribuição extensa da mama e após várias tentativas cirúrgicas de conservação da mama, conforme se pode observar na figura 3 (Pinto, et al. 2015, p. 15). A mastectomia total simples consiste na remoção de toda a glândula mamária, com preservação dos músculos e do complexo linfoganglionar axilar. Esta técnica é utilizada em mulheres que mesmo sem cancro da mama tenham mutação dos genes BRCA1 e BRCA2, numa recidiva tumoral, após tratamento conservador não eficaz, nos carcinomas in situ extensos ou carcinomas in situ multifocal, nas doenças relacionada com o colagénio, em mamas demasiadamente grandes por impossibilidade de radioterapia do parênquima mamário de forma semelhante e nos tumores filoides malignos (Santos & Lopes 2014, p. 148).

A mastectomia radical modificada implica remoção da glândula mamária e do complexo linfoganglionar axilar, preservando os músculos peitorais. São indicações para esta cirurgia carcinomas invasores associados a microcalcificações difusas e extensas, doenças da mama relacionada com o colagénio, impedimento de utilização radioterapia como terapia adjuvante, vários focos de carcinoma nos diferentes quadrantes da mama, em gestações entre o primeiro e segundo trimestres, no caso de recidivas em locais anteriormente sujeitos a radioterapia, e nos carcinomas invasivos que sujeitos a terapia conservadora ficam com má estética (Santos & Lopes 2014, p. 151).

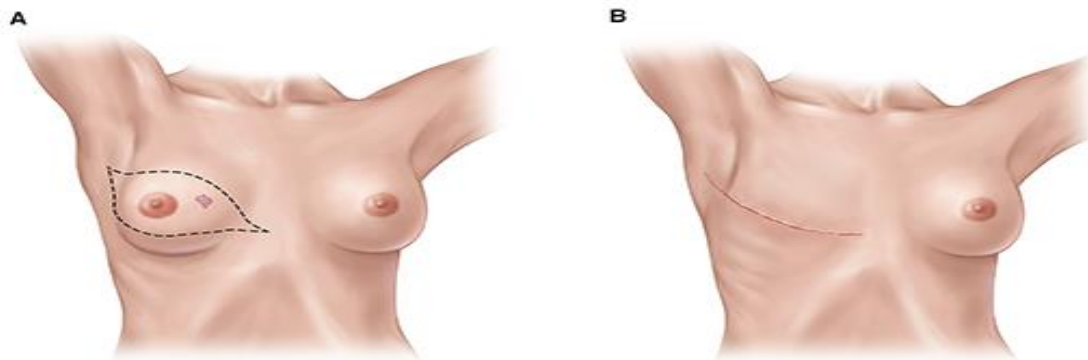


Figura 3 – Mastectomia total

Fonte: Nelson, H., Hunt, K., Veeramachaneni, N., Blair, S., Chang, S., Halverson, A., Katz, M., Posner, M.(2015). Operative Standards for Cancer Surgery: Volume I: Breast, Lung,Pancreas, Colon (cap.1, pp 1-4). Philadelphia: Wolters Kluwer Health.

Segundo Pinto, Gouveia, & Cardoso (2015, p.16) “A tendência atual da cirurgia do cancro da mama é conseguir o melhor controlo local com o mínimo de morbilidade. A maioria das doentes, atualmente, apresenta tumores pequenos ou lesões infra clínicas diagnosticadas nos programas de rastreio, apresentando condições para cirurgia conservadora”.

Independentemente da cirurgia realizada ser conservadora ou não é realizada uma biópsia do gânglio sentinela (BGS). A BGS é realizada como procedimento *standard* nas doentes em que a ecografia axilar foi negativa, em tumores T3, multifocais ou multicêntricos e após terapêutica sistémica neoadjuvante. É contra indicada em cancros da mama avançados e como estadiamento numa axila positiva na ecografia mamária (Pinto, et al. 2015, p. 18).

A BGS consiste na injeção de azul patente ou de um radioisótopo na região intra tumoral, peri tumoral ou no complexo subareolar, estas substâncias seguem o seu percurso na linfa quando esta sai do tecido mamário e, assim, o cirurgião consegue identificar o primeiro gânglio onde a linfa passa e remove-o para analisar a presença de doença nos gânglios axilares. A utilização de azul patente ocorre no bloco operatório, o gânglio que fica marcado de azul/esverdeado é removido e é sujeito a estudo por anatomia patológica, caso exista metastização ganglionar é realizado esvaziamento axilar. Com coloides radioativos, a marcação é feita cerca de 8-12 horas antes da cirurgia seguida de linfocintigrafia com marcação na pele da projeção dos gânglios marcados, tal como com o azul patente o gânglio sentinela é removido e é sujeito a estudo por anatomia patológica, caso exista metastização ganglionar é realizado esvaziamento axilar (Santos & Lopes 2014, p. 137).

Estes testes intraoperatórios têm uma taxa de falso negativo de até 30%, mas o restante evita a necessidade de uma segunda operação. Em doentes que recebem quimioterapia neoadjuvante, a biópsia do gânglio sentinela realizada inicialmente tem um nível aceitável de precisão, mas esta cai significativamente (taxa de identificação <85% e taxa de falso-negativo > 10%) se for realizada após a quimioterapia. No entanto a biópsia do gânglio sentinela pode deter uma taxa de falso-negativo tão baixa quanto 3% por meio de técnica meticulosa e não ignorando os gânglios suspeitos encontrados pela palpação digital dos conteúdos axilares no intraoperatório (Vaidya & Oatkar 2017, p.44).

A radioterapia é um tratamento loco regional indolor realizado através da aplicação de radiação ionizante que danifica a estrutura do ácido desoxirribonucleico (DNA) celular interferindo assim com o crescimento tumoral e o risco de metástases, reduzindo o risco de recidiva e aumentando a taxa de sobrevivência (Oliveira et al., 2016, p. 17). Pode ser radioterapia externa em que a energia está localizada externamente ao doente ou por braquiterapia, na qual a fonte de energia é colocada na doente, na loca do tumor, sendo o tratamento intersticial. A escolha do tipo de tratamento depende da situação clínica do doente, do estadiamento da doença, do objetivo do tratamento e das terapêuticas utilizadas previamente. Este tratamento pretende incidir feixes de radiação no local do tumor de forma precisa, protegendo assim os tecidos sãos adjacentes (Santos & Lopes 2014, p. 165). Maioritariamente as doentes sujeitas a cirurgia conservadora da mama realizam concomitantemente radioterapia como tratamento adjuvante, esta também está indicada nas mulheres com grande tumor primário com alto risco de recidiva após mastectomia e em doentes com carcinoma *in situ* da mama (Vaidya & Oatkar 2017, p.47).

A quimioterapia consiste na utilização de fármacos, em combinações de doses, sequência, agentes e frequência dos ciclos que podem ser administrados via oral ou endovenosa (EV). É considerada um tratamento neoadjuvante que permite a diminuição do tamanho do tumor para posteriormente ser submetido a cirurgia, combatendo ou prevenindo o aparecimento de metástases (Santos & Lopes 2014, p. 184).

A terapia hormonal adjuvante é utilizada no cancro da mama positivo para os recetores de hormonas (estrogénio e progesterona), podendo ser utilizado de forma isolada ou em adequação com a quimioterapia. O tratamento mais utilizado é o tamoxifeno que evita que as células cancerígenas tenham acesso às hormonas que permitem o seu crescimento e desenvolvimento (Vaidya & Oatkar 2017, p.52).

A terapia biológica recorre a anticorpos monoclonais e tratamentos com pequenas moléculas que eliminam as células cancerígenas bloqueando e evitando a sua metastização (Santos & Lopes, 2014, p. 186).

1.6 - A Mulher Mastectomizada e Complicações

A mastectomia é o tratamento cirúrgico que consiste na remoção completa da mama. Durante este procedimento é realizada uma incisão em toda a largura da mama, perto do tumor e é retirado todo o tecido envolvente (Peart, 2015, p. 544).

A cirurgia chamada mastectomia surge em 1890 relatada por Halsted e Meyer, mas a sua evolução foi considerável a partir de 1894 quando William Stewart Halsted publicou a sua experiência no Hospital Johns Hopkins, na qual 57% das mastectomias realizadas eram bem-sucedidas. Devido à taxa de sobrevivência dos pacientes a 5 anos de cerca de 40% mesmo sem tratamentos adjuvantes a técnica de remoção total da mama e nódulos linfáticos permaneceu a técnica de eleição até à década de 1970. Em 1948 David Patey inicia uma nova técnica cirúrgica na qual poupa o músculo grande peitoral, removendo apenas o pequeno peitoral de modo a ter acesso à axila, o que proporcionava uma melhoria estética e funcional das mulheres submetidas a este tratamento. Posteriormente surge a cirurgia conservadora da mama na década de 70 e início da década de 80 (Mora, 2013, p.52).

Na mastectomia radical e radical modificada toda a mama, gânglios linfáticos e os músculos da parede torácica são removidos. Por ser uma cirurgia deformadora não é o procedimento mais utilizado, utilizando-se quando existem evidências de metastização axilar. Na mastectomia simples, todo o tecido mamário é removido no entanto, como não há evidência de propagação do cancro, os nódulos linfáticos são mantidos. A quadrantectomia consiste na remoção de parte de mama, o quarto de mama que contém o tumor, deixando margens claras além do tumor, removendo parte dos músculos da parede torácica, os nódulos linfáticos são ou não removidos conforme a evidência ou não de propagação tumoral (Peart, 2015, p. 544).

A mastectomia geralmente não oferece problemas de maior para a doente, no entanto existem complicações que podem ocorrer, sendo as mais comuns o hematoma, infecções cirúrgicas, a ocorrência de seroma, dor, alteração da sensibilidade, fibrose, diminuição da mobilidade do braço e linfedema, quando associada a radioterapia pode ainda ocorrer necrose e eritema da pele (Peart, 2015, p. 544).

Os hematomas da mama são comuns no pós-operatório, consiste numa massa palpável com ou sem equimose que se pode estender lateralmente para a parede torácica, abaixo do sulco infra mamário e pode mesmo chegar à mama oposta. Habitualmente reverte espontaneamente, no entanto em casos de pós-operatório imediato podem necessitar de exploração e posterior evacuação (Harris, et al, 2014, p. 75).

O Seroma é a complicação mais comum no pós-operatório da mastectomia correspondendo a 80% das complicações. Consiste na acumulação de líquido seroso (plasma e linfa) que surge após o descolamento cirúrgico dos tecidos e que permanece dentro de uma ou mais locas cirúrgicas, podendo impedir a cicatrização do retalho visto que interferem na aderência da pele à parede torácica. Ocorrem devido ao extravasamento de líquido para a cavidade virtual entre a parede torácica e os retalhos cutâneos criados pela própria cirurgia mamária. Geralmente são de pouca importância mas podem torna-se incômodos, dolorosos e podem causar outras complicações como infecção, necrose tecidual por compressão, deiscência da sutura e atraso no início dos tratamentos neoadjuvantes. A sua localização habitual é na região axilar, parede torácica ou na região do grande dorsal, e deve ser aspirado segundo técnica asséptica (Harris, et al, 2014, p. 75; Santos & Lopes, 2014, p. 202).

Segundo a Norma da DGS nº 024/2013 de 23/12/2013:

A infecção do local cirúrgico é, conjuntamente com a pneumonia, a infecção urinária e a infecção da corrente sanguínea associada a cateter vascular central, uma das infecções nosocomiais mais frequentes e está associada a alta morbidade, mortalidade e custos;

A infecção do local cirúrgico (ILC) ocorre no local da incisão cirúrgica ou próximo dela nos primeiros trinta dias pós-operatório ou até um ano no caso de colocação de prótese ou implante/transplante. O risco de infecção depende de fatores ligados ao doente como a idade avançada, obesidade, diabetes mellitus (DM), uma infecção já existente, entre outros e de fatores cirúrgicos como o tempo da cirurgia e da assepsia durante o ato cirúrgico (Portugal, MS, DGS, 2013, p.5).

A dor pós operatória varia para cada mulher conforme as suas características individuais e culturais, assim como, do procedimento cirúrgico a que são sujeitas e da medicação analgésica a que tem acesso. Devido às características que diferenciam cada mulher a mastectomia pode para umas causar um pequeno desconforto necessitando apenas de analgésicos leves enquanto para outras a dor pode ser mais intensa necessitando assim de uma analgesia mais intensa (Harris, et al, 2014). A dor, principalmente a dor crónica, cria impacto na pessoa a nível psicológico, levando ao isolamento e causando incapacidade e perda da qualidade de vida da mesma e da família, cuidadores e amigos. Por outro lado, a dor gera repercussões socioeconómicas, devido aos custos referentes ao recurso aos serviços de saúde e despesas com medicação. Por este motivo a abordagem das pessoas com dor tem de ser baseada na melhor maneira de prevenir e controlar a dor, para melhorar a qualidade de vida dos doentes e melhorar a sua capacidade funcional (Portugal, MS, DGS, 2017a, p.4). Vinte cinco a sessenta por cento dos

doentes submetidos a cirurgia de cancro da mama experimentam dor crónica, esta pode causar dor na parede torácica e dificuldades no movimento do membro superior do lado afetado, pelo que os doentes devem ser encaminhados para fisioterapia (Tkaczuk, Kesmodel & Feigenberg, 2017, p. 294).

Para Barbosa, Amorim, Zandonade & Delapran (2013, p. 216) e Haddad; Saad; Perez; Júnior (2013, p. 427) devido à alteração que ocorre na mulher pela perda de peso da mama, esta pode adotar posturas erradas que lhe possibilitem a diminuição da dor e diminuindo a perceção da falta da mama. Quando estas posturas incorretas não são corrigidas atempadamente são consequência de deformidades irreversíveis, que compreendem a anteriorização da cabeça, a protusão do ombro, lordose e cifose mais acentuadas, elevação do ombro e escápula para o lado operado, rotação da pelve e inclinação da cabeça para o lado contra lateral que provocam contraturas cervicais e na cintura escapular.

Com o esvaziamento axilar, os vasos linfáticos são laqueados e a linfa que percorre o membro superior no sentido ascendente encontra um obstáculo e acumula-se no membro superior instalando o linfedema (Santos & Lopes, 2014, p. 200). São ainda fatores de risco para o desenvolvimento de linfedema algumas complicações pós operatórias, um índice de massa corporal elevado, a realização de radioterapia como tratamento adjuvante, hipertensão arterial e a quimioterapia, no entanto estão mais associados ao fato de ser realizada dissecação dos nódulos linfáticos (Oliveira, et al. 2015, p. 3).

Cerca de 22% das doentes sofrem desta complicação mesmo quando submetidas a cirurgia conservadora. Devido à sua cronicidade o linfedema aumenta o risco de infeção, dor, e imobilidade o que piora a imagem corporal e a qualidade de vida da doente (Tkaczuk, et al. 2017, p. 286).

Existem sinais e sintomas que a mulher deve conhecer e estar atenta no reconhecimento do aparecimento de linfedema. Estes sinais compreendem uma sensação de peso no membro afetado, com desconforto associado, parestesias, aumento do volume do membro, dificuldade em mobilizá-lo, endurecimento da pele, redução da força muscular e sinais de infeção. Para prevenir o aparecimento de linfedema, é essencial que o enfermeiro indique medidas preventivas das quais se salientam a necessidade de evitar infeções, feridas na pele, arranhões, queimaduras, vacinas, punções venosas no membro afetado, a utilização de máquinas elétricas na depilação axilar, não utilizar roupas com mangas apertadas no membro, utilizar luvas de proteção na cozinha ou na jardinagem, não cortar as unhas muito rentes, não realizar avaliações de tensão arterial naquele membro, não utilizar água quente, utilizar creme hidratante frequentemente, utilizar posições de descanso de

forma a realizar drenagem linfática, elevando o membro e não carregar pesos superiores a 3Kg (Santos & Lopes, 2014, p. 201).

A Sociedade Internacional de Linfologia (SIL) classifica o linfedema em quatro estágios, sendo o estágio 0 uma condição subclínica, o estágio I é caracterizado por um acúmulo de fluido rico em proteína no membro superior (MS) que diminui com a elevação do mesmo. O estágio II apresenta as mesmas características do estágio I no entanto o edema não diminui com a elevação do MS e existe depressão do edema. O estágio III o MS apresenta elefantíase linfostática e não ocorre depressão do edema. Devido a todas as complicações associadas ao linfedema foi criado um tratamento denominado Complexo Descongestivo Fisioterápico (CDF) (Oliveira, et al. 2015, p. 3).

Por provocar instabilidade motora no braço e antebraço e também limitações cinesofuncionais e ainda dor, causa na mulher sensações de frustração e de desconforto provocadas pelas restrições físicas. Por apresentarem dificuldade no reingresso na vida profissional muitas vezes existe uma dependência econômica, que causa sensações de inferioridade, ansiedade e depressão por não conseguirem realizar as suas atividades de vida diária, o que provoca alterações na sua QV (Toriy, Krawulski, Viera, Luz e Sperandio, 2013, p. 305).

2 - Qualidade de Vida

O conceito de Qualidade de Vida (QV) é um termo complexo, uma vez que envolve uma infinidade de fatores, no entanto cada vez mais engloba o doente como um ser independente e bio-psico-social. Assim, a QV é uma medida multidimensional subjetiva que reflete, sintomas físicos, capacidade funcional, aspetos psicossociais e as percepções de saúde dos doentes (Chow; Merrick; Thavarajah; Pulenzas & Lechner, 2013, p. 98).

A QV é uma noção relacionada com o grau de satisfação que cada um encontra na sua vida familiar, social, amorosa e ambiental o que a torna altamente humana. Este conceito tem sido aplicado também na literatura médica, podendo aparecer com vários conceitos como condições de saúde, funcionamento social, que são utilizados como sinónimos de QV. Dada a complexidade de significado de QV, existem vários instrumentos que têm sido desenvolvidos para que seja possível mensurá-la, estes instrumentos facilitam o conhecimento da necessidade de cada individuo no seu contexto de vida específico (Kluthcovsky, 2009, citado em Angelin, et al., 2015, p. 401).

Por este motivo, o conceito de QV apresenta uma multidimensionalidade, visto que para ser avaliado necessita que sejam ponderados diversos aspetos do domínio físico, funcional, psicológico e social do individuo a ser avaliado, sendo também um termo dotado de subjetividade uma vez que resulta da percepção que cada individuo tem desses domínios (Haan, Aaronson, Limburg, Hewer, & Crevel, 1993 & Olson et al., 1983 como citado em Cunha & Relvas, 2017, p. 85).

Efetivamente cada individuo qualifica de forma diferente cada dimensão da QV, o que determina a singularidade de cada ser humano. Também pelo mesmo motivo esta avaliação altera-se ao longo da vida, o que promove uma mutabilidade do conceito em função do tempo. Cada individuo conforme as suas vivências, experiências vividas na educação, família, saúde, no trabalho e com os amigos percebe a QV de forma diferente, mesmo com vivências idênticas (Back-Wiklund, 2011, como citado em Lopes, 2013, p. 14).

Por ser um termo subjetivo e depender da percepção de cada individuo a QV de cada um depende dos seus sentimentos em relação ao seu funcionamento diário, incluindo assim a sua condição de saúde e intervenções médicas (Guimarães, et al., 2014, p. 1118).

A QV tem sido uma grande preocupação dos profissionais de saúde pelo que foram criados instrumentos de avaliação genéricos e específicos, sendo que os genéricos avaliam

de forma global aspetos relacionados à QV (a parte física, social, psicológica, emocional e sexual) enquanto os específicos avaliam de forma direcionada aspetos particulares da QV como a QV relacionada com a saúde que inclui domínios físicos, psicológicos e sociais relacionados com a saúde (Bezerra, et al., 2013, p. 1934).

QV na área da saúde é um conceito que foi introduzido na década de 80, tendo como finalidade avaliar o impacto não médico da doença crónica e servia como critério de avaliação da eficácia dos tratamentos. Nesta altura a OMS cria o Grupo de Qualidade de Vida e define pela primeira vez QV como “a perceção do individuo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais esta inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (Gomes, et al. 2015, p. 121).

A QV relacionada com a saúde encontra-se dependente da doença, nomeadamente das representações atribuídas à doença, o que inclui as crenças sobre as causas e as consequências da doença, dos preconceitos, dos juízos realizados pela doente e pelos outros, da auto-apreciação que cada indivíduo faz de si próprio enquanto EU doente, das emoções desencadeadas, dos sintomas que existem ou são esperados e dos tratamentos (Ribeiro, 2014, p. 51).

A QV manifesta-se de variadas formas e dimensões essencialmente no que concerne à doença oncológica. Visto que, o tratamento da doença envolve maioritariamente cirurgia que procede à remoção do tecido canceroso e tratamentos adjuvantes quer quimioterapia, radioterapia ou hormonoterapia que promovem alterações no estado de saúde e bem-estar da pessoa doente.

Os progressos na deteção precoce do carcinoma e do posterior tratamento, as atitudes sociais mais otimistas, o aumento de sobreviventes e com maior sobrevida, a preocupação com a autonomia, os direitos dos doentes e os aspetos psicossociais entre outros, permitiram um grande destaque na avaliação da QV de pessoas tratadas com cancro (Simeão, Landro, Conti, Gatti, Delgagallo & Vitta, 2013, p. 780).

Ao longo do processo de doença são vividos pela doente e família sentimentos de intenso sofrimento e ansiedade. As mulheres que sofrem de cancro da mama são muitas vezes tomadas pelo temor da mutilação, preconceitos sociais, medo da morte, aparecimento de linfedema, assim como depressão e sentimentos de desvalorização social. O tratamento de cancro da mama provoca na mulher alterações de auto imagem, pode levar a perda funcional do membro adjacente à cirurgia e mudanças a nível psíquico, emocional e social e muitas vezes provoca alteração do papel social e ocupacional, relacionadas com o trabalho, alterações relacionadas com o papel familiar da sua própria sexualidade. (Majewski, Lopes, Davoglio & Leite como citado em Faria et al. 2016, p. 203).

O doente com cancro é acometido de uma progressiva deterioração do estado de saúde, sofre limitações funcionais, físicas e psicológicas que aumentam com o tempo e conduzem à dependência dos familiares, cuidadores e equipa de saúde, afetando assim a QV dos doentes e dos seus familiares. Por este motivo a Oncologia tem desenvolvido pesquisas importantes sobre QV, que se torna cada vez mais importante visto que o cancro se está a tornar uma doença cada vez mais considerada crónica ao invés de fatal (Gomes, et al. 2015, p. 121).

Segundo Toriy, Krawulski, Viera, Luz e Sperandio (2013, p. 304) existem vários estudos que comprovam que além das experiências físicas identificadas pelas limitações do linfedema, da redução da amplitude de movimento e dos constantes quadros de dor, estas associam-se as experiências emocionais das quais se salientam medo, sofrimento e vergonha e provocam comportamentos adversos que promovem o declínio da QV e do bem-estar social e profissional da doente.

Com o aumento progressivo dos casos de cancro da mama, destaca-se uma crescente necessidade de melhor avaliar a QV das doentes, para que seja possível criar melhores condições de tratamento que minimizem os efeitos indesejáveis do mesmo e que favoreçam a sua humanização (Garcia, et al., 2017, p. 2). Para Vidotti, Comin e Santos (2013, p. 50) Por serem tratamentos invasivos e agressivos, acarretam grande impacto negativo sobre as mulheres tendo em conta que a remoção da mama simboliza alteração na feminilidade, por outro lado alguns estudos mostram que estas repercussões não se restringem apenas ao momento do tratamento, estendendo-se por longo prazo até após ser considerado curado.

Para Bezerra, et al. (2013, p. 1934):

A mastectomia pode afetar vários segmentos da vida feminina, interferindo inclusive na sua perceção de sexualidade, imagem corporal e QV. A depressão, medo de recidiva, o desconforto físico, a redução de atividades, o distúrbio do sono e as dificuldades sexuais são os principais efeitos advindos desta terapêutica, Dessa forma, conhecer a QV destas mulheres é essencial.

Diante do impacto físico, emocional e social provocado pela mastectomia, torna-se evidente a necessidade e adotar medidas que visem a melhoria da QV, sendo a avaliação da mesma essencial para avaliar as dimensões da doença e criar parâmetros para práticas assistenciais cotidianas nos serviços de saúde (Garcia, et al., 2017, p. 2).

O cancro da mama é uma doença que apresenta riscos à vida da mulher e consequentemente uma série de novas experiências e vivências. As mudanças e

dificuldades que a doença acarreta implicam adaptações e ajustes físicos, visto que acarretam incapacidades, sequelas e ajustes emocionais. Os sentimentos das mulheres mastectomizadas variam com o decorrer do tratamento, se num primeiro momento as mulheres relatam sentimentos como dificuldade em retomar a sua vida profissional, negatividade em relação às sequelas deixadas pela cirurgia e sentimentos de inferioridade pela limitação do MS, numa fase mais avançada referem a insatisfação e angustia pelo lento retorno à sua vida habitual e incertezas quanto à possibilidade de voltar a ficar doentes (Toriy et al., 2013, p. 307).

A neoplasia da mama é ainda uma patologia estigmatizada, que conduz a mulher a perdas funcionais e alterações sociais relevantes, e acomete mudanças importantes no modo de viver destas mulheres. Tudo isto provoca um impacto negativo na sua QV (Garcia, et al., 2017, p. 7).

Para aumentar a QV das mulheres existem ações de enfermagem que podem ser realizadas, na procura do equilíbrio entre a manutenção da parte física, emocional e social destas mulheres, portanto, cada uma deve usufruir de um tratamento de Enfermagem individualizado, que dê enfoque tanto à prevenção de efeitos adversos como às condições de vida que devem ser mantidas apesar dos tratamentos (Garcia et al. 2017, p. 9).

Existem atualmente sete instrumentos disponíveis para a avaliação da QV no cancro da mama que são: Functional Assessment of Cancer Therapy Breast (FACT-B), Breast Cancer Chemotherapy Questionnaire (BCCQ), European Organization for Research and Treatment of Cancer Breast Cancer-Specific Quality of Life Questionnaire (EORTC QLQ-BR23), Interdisciplinary Group for Cancer Care Evaluation (GIVIO), Functional Assessment of Cancer Therapy Breast plus Arm Morbidity (FACT-B+4), Quality of Life Instruments Breast Cancer Version (QOL) e Breast Cancer Chemotherapy Questionnaire (BCQ) (Majewski, Lopes, Davoglio & Leite, 2012, p. 709).

Para os mesmos autores:

O questionário EORTC QLQ-C30 e BR-23 é um instrumento de direito autoral pertencente à Organização Europeia de Pesquisa e Tratamento do Câncer (EORTC), que foi traduzido e validado em 81 idiomas. É composto por 30 perguntas, sendo dividido em três dimensões: qualidade de vida geral, escalas funcionais (denominadas função física, função emocional, função cognitiva, função geral e função social) e escala de sintomas (nomeadas fadiga, dor, dispneia, insónia, perda de apetite, náusea e vômito, obstipação, diarreia e dificuldade financeira). O questionário BR23, módulo específico para pacientes que tiveram cancro de mama, é composto por 23 questões divididas em duas dimensões: escalas funcionais (imagem

corporal, perspectiva futura, função sexual e satisfação sexual) e escalas de sintomas (efeitos da quimioterapia, 30 preocupação com queda de cabelo, sintomas na mama e sintomas no braço).

2ª PARTE
INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

1 – Metodologia

Após a apresentação e enquadramento teórico, neste capítulo realiza-se a justificação do estudo, a questão e os objetivos da investigação, o desenho do estudo e a sua caracterização, a identificação das variáveis e a formulação das respetivas hipóteses, apresenta-se o instrumento de colheita de dados e os procedimentos utilizados para a sua aplicação. Integra assim o planeamento metodológico necessário ao desenvolvimento da nossa pesquisa.

Para descrever a metodologia utilizada é usada uma caracterização dos participantes e uma descrição do instrumento de colheita de dados, tendo sempre em atenção que a seleção do instrumento metodológico se encontra adequada ao problema que pretendemos estudar, ao objeto da pesquisa e aos objetivos delineados.

1.1- Métodos

Definimos um estudo não experimental, de natureza transversal, quantitativa, com carácter descritivo-correlacional. Neste estudo não existe manipulação de variáveis independentes, caracteriza-se pela pretensão de descrever as características da amostra, estabelecer relações entre variáveis para que seja possível atingir os objetivos pré definidos, e assim, descrever e analisar as variáveis que influenciam a qualidade de vida na mulher mastectomizada.

O cancro da mama é atualmente uma das doenças com maior impacto na sociedade, sendo que em Portugal anualmente são detetados cerca de 6000 casos novos de cancro da mama e cerca de 15000 mulheres acabam por morrer com esta doença. O seu grande impacto deve-se não só a ser uma constante nos nossos dias, mas também por ser associado a uma imagem de grande gravidade, e por agredir um órgão carregado de simbolismo para a mulher (LPCC, 2017).

Segundo o Fundo do Instituto de Medicina Molecular (IMM) (2017), ao longo da sua vida, em Portugal uma em cada onze mulheres irá ter cancro da mama, sendo este tido de cancro o que acarreta uma maior taxa de incidência. O cancro da mama é a principal causa de morte antes dos 70 anos, morte precoce, tendo aumentado significativamente nas últimas três ou quatro décadas do século XX.

A mastectomia é um dos procedimentos utilizados no tratamento do cancro da mama, sendo um dos métodos essenciais de tratamento, causa impacto físico e emocional

na vida da mulher e da sua família, provoca ainda transformações nas relações sociais da mulher, o que pode levar a sentimentos de depressão, ansiedade e angústia que alteram significativamente a noção que a mulher assume da sua QV (Faria, et al., 2016, p. 202).

Por todas as alterações que a mulher suporta durante o processo do cancro da mama, desde o seu diagnóstico até ao seu tratamento, o acompanhamento da equipa de enfermagem denota-se de extrema importância. Ao contactarmos diariamente com mulheres submetidas a cirurgia mamária e tendo em vista um conhecimento mais amplo sobre a perspectiva que as mesmas possuem sobre as alterações que a cirurgia implicou na sua QV e de forma a contribuir para a orientação da equipa de enfermagem no apoio e melhoria da QV das mulheres mastectomizadas encontramos justificação para a realização deste estudo.

As questões de investigação foram elaboradas de acordo com o tema e os objetivos do estudo que pretendemos avaliar. Sendo a questão principal **Qual o impacto da mastectomia na qualidade de vida da mulher?**

Outras questões são também colocadas:

- As variáveis sociodemográficas influenciam a QV na mulher após a cirurgia da mama?

- As variáveis clínicas influenciam a QV na mulher após a cirurgia da mama?

Para facilitar a compreensão do problema levantado e ajudar na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem nas mulheres mastectomizada, por forma a consequentemente melhorar a sua QV foram criados alguns objetivos de estudo para alcançar resposta para as questões de investigação.

Constituem assim objetivos do estudo:

- Avaliar a QV de mulheres mastectomizadas;

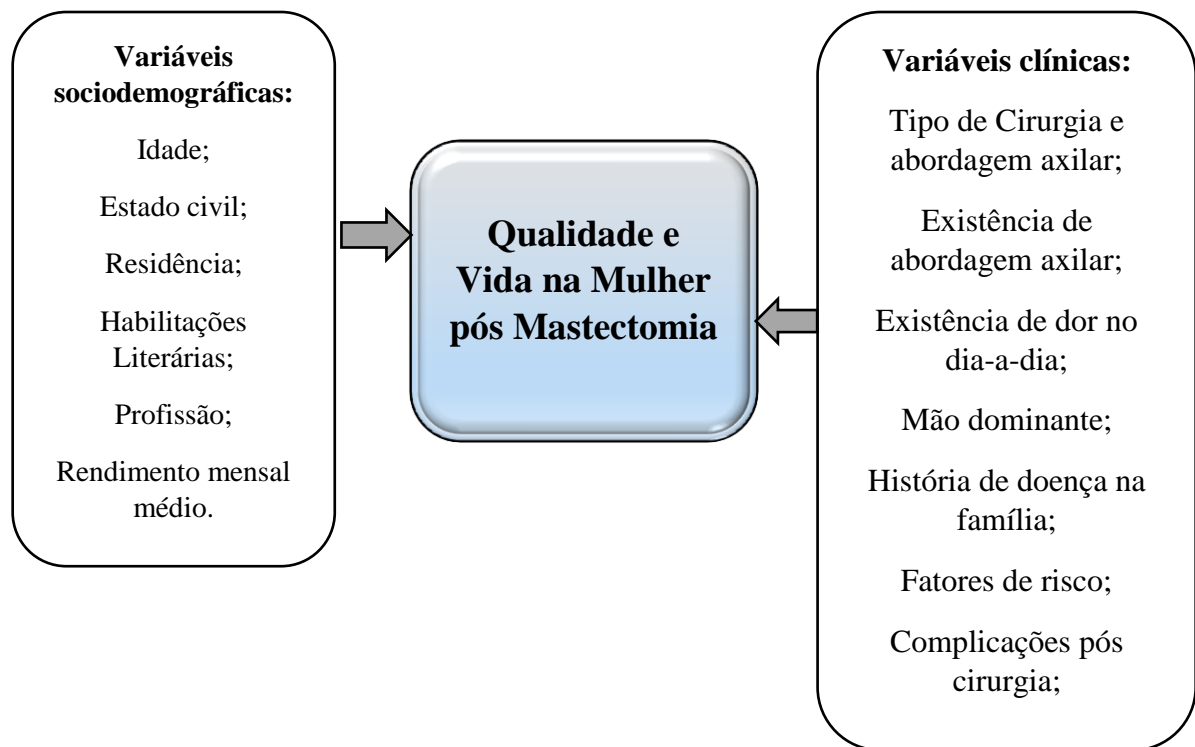
- Determinar a relação entre as variáveis sociodemográficas e a QV;

- Determinar a relação entre as variáveis clínicas e a QV;

Posteriormente à formulação da questão de investigação traçamos para a realização deste estudo as variáveis independentes e dependente. A variável dependente do nosso estudo foi definida como a QV da mulher mastectomizada. As variáveis independentes sociodemográficas considerámos idade, estado civil, residência, habilitações literárias, profissão e rendimento mensal médio do agregado familiar. De caracterização clínica atentámos as variáveis tipo de cirurgia e abordagem axilar, tratamento adjuvante, dor no dia-a-dia, mão dominante, história de pessoas portadoras da doença na família, fatores de risco

e complicações pós cirurgia. Tendo por referência a questão de investigação e as variáveis expostas, apresenta-se na Figura 4 a esquematização do desenho de estudo, por forma a projetar as inter-relações das variáveis dependente e independente do estudo em causa. A escolha das variáveis teve sempre como referencia os instrumentos de colheita de dados utilizados que será explicitada posteriormente.

Figura 4 – Desenho de Investigação



1.2– Participantes

Para o estudo escolhido, selecionamos a população alvo as mulheres que foram submetidas a cirurgia da mama no Centro Hospitalar Tondela-Viseu, E.P.E. (CHTV) entre 01 de Janeiro e 31 de Dezembro de 2017, sendo esta uma amostra probabilística por conveniência.

Os critérios de inclusão definidos foram mulheres com idade superior a 18 anos, mulheres submetidas a cirurgia da mama no CHTV e cirurgia no ano de 2017.

1.3 - Instrumentos

Selecionámos para a colheita de dados um questionário para ser mais fácil a sua aplicação na amostra selecionada. Realizamos um questionário de caracterização sociodemográfica, de caracterização clínica e as escalas EORTC QLQ-C30 versão 3 (1995) EORTC Quality of Life Group e EORTC QLQ - BR23 (1994) EORTC Quality of Life Group ambos em versão portuguesa (Anexo I).

Definido o tipo de estudo e selecionados os objetivos a atingir, procedeu-se à escolha do questionário que mais se adequa para que seja possível alcançar os objetivos propostos. O questionário selecionado é precedido por uma nota de esclarecimento e consentimento informado, que explica às mulheres os objetivos do estudo, esclarecimentos sobre a doença, informações sobre a garantia de anonimato e confidencialidade e agradecendo a sua participação no estudo.

O questionário encontra-se organizado em três partes, na primeira encontramos a caracterização sociodemográfica e clínica, esta parte tem como vantagem o conhecimento e caracterização das participantes tanto a nível social como clínico. É constituído por treze questões que são a idade, estado civil, residência, habilitações literárias, profissão, rendimento mensal médio do agregado familiar, o tipo de cirurgia e a abordagem axilar, o tratamento adjuvante, se a mão dominante coincide com o lado da cirurgia, se existe história familiar de cancro da mama, se tem fatores de risco para o desenvolvimento de cancro da mama e se após cirurgia ocorreu algum tipo de complicação que visam a realização de uma caracterização sociodemográfica e clínica de cada mulher intervencionada.

A segunda parte é constituída pelo questionário de qualidade de vida questionário EORTC-QLQ-C30 que é um questionário desenvolvido para avaliar a QV de doentes com cancro. É um instrumento com direitos autorais que foi traduzido e validado em mais de 100 idiomas e já foi utilizado em mais de 3000 estudos em todo o mundo. A versão mais recente é a versão 3.0 e tem como suplemento vários módulos específicos para cada doença (EORTC, Quality of life, 2017).

Este é um questionário constituído por 30 itens, divididos por três escalas: uma escala para avaliação do estado global de saúde e QV (QL2), cinco subescalas funcionais e nove subescalas sintomáticas associadas ao cancro e ao tratamento. As subescalas

funcionais (QL2) são: funcionamento físico (PF2), limitações funcionais (RF2), funcionamento emocional (EF), funcionamento cognitivo (CF) e funcionamento social (SF); As subescalas sintomáticas estão compostas pelas escalas fadiga (FA), náuseas e vômitos (NV), dor (PA), falta de ar (DY), insónia (SL), falta de apetite (AP), obstipação (CO), diarreia (DI) e dificuldades financeiras (FI). O formato de resposta é do tipo Likert de quatro pontos que vão do «não» ao «muito», para as escalas funcionais e escalas sintomática, e para a escala global de saúde as respostas são de sete possibilidades de respostas que vão do «péssima» ao «ótima». Os valores elevados nas escalas funcionais e na escala global de saúde indicam um melhor nível de funcionamento e uma melhor QV, ao contrário, os valores elevados nas escalas sintomáticas indicam uma maior sintomatologia e uma menor QV. Os valores do questionário são transformados de 0 a 100 (EORTC, 2017b).

O EORTC-QLQ-BR23 (EORTC, 2001a) é um questionário suplementar do EORTC-QLQ-C30, para o cancro da mama e é específico para doentes com cancro da mama durante o seguimento da doença e tratamentos, é constituído de 23 itens, que avaliam sintomas e efeitos colaterais relacionados com as diferentes modalidades de tratamento.

Este encontra-se dividido em duas escalas: a primeira é constituída por quatro subescalas funcionais e avalia o funcionamento físico do doente durante e após o diagnóstico e tratamento do cancro, e a segunda, igualmente constituída por quatro subescalas de sintomas, onde se avaliam sintomas da doença e efeitos secundários do tratamento relatados pelos doentes. As subescalas funcionais são: imagem corporal (BRBI), funcionamento sexual (BRSEF), prazer sexual (BRSEE) e perspetivas futuras (BRFU); As subescalas sintomáticas são: efeitos da quimioterapia (BRST), sintomas na mama (BRBS), sintomas no braço (BRAS) e preocupação com a queda do cabelo (BRHL). À semelhança do anterior, a resposta é do tipo Likert de quatro pontos que vai do «não» ao «muito». Os valores elevados nas escalas de funcionamento indicam um melhor nível de funcionamento e uma melhor QV, ao contrário, os valores elevados nas escalas sintomáticas indicam uma maior sintomatologia e por isso uma menor QV. Os valores do EORTC-QLQ-BR23 são transformados de 0 a 100, conforme a indicação no manual de cotação (EORTC, 2017b).

Tabela 2 - Itens/dimensões da escala QLQ-C30 (versão 3.0), sobre a QV dos doentes oncológicos

| | Escala | Nº de itens | Itens na versão 3.0 |
|--|------------|-------------|---------------------|
| Escala Funcional | | | |
| Funcionamento físico | PF2 | 5 | 1,2,3,4,5 |
| Funcionamento ocupacional (desempenho de papéis) | RF2 | 2 | 6,7 |
| Funcionamento emocional | EF | 4 | 21,22,23,24 |
| Funcionamento cognitivo | CF | 2 | 20,25 |
| Funcionamento social | SF | 2 | 26,27 |
| Escala de sintomas | | | |
| Fadiga | FA | 3 | 10,12,18 |
| Náuseas e vómitos | NV | 2 | 14,15 |
| Dor | PA | 2 | 9,19 |
| Dispneia | DY | 1 | 8 |
| Insónia | SL | 1 | 11 |
| Perda de apetite | AP | 1 | 13 |
| Obstipação | CO | 1 | 16 |
| Diarreia | DI | 1 | 17 |
| Dificuldades Financeiras | FI | 1 | 28 |
| Estado global da saúde | QL2 | 2 | 29,30 |

Tabela 3 - Itens/dimensões da escala QLQ-BR 23 (versão 3.0), sobre a QV com cancro da mama

| | Escala | Nº itens | Itens na versão 3.0 |
|---------------------------|--------|----------|---------------------|
| Escala Funcional | | | |
| Imagem corporal | BRBI | 4 | 9,10,11,12 |
| Funcionamento sexual | BRSEF | 2 | 14,15 |
| Prazer sexual | BRSEE | 1 | 16 |
| Perspetivas futuras | BRFU | 1 | 13 |
| Escala de Sintomas | | | |
| Efeitos colaterais | BRST | 7 | 1,2,3,4,6,7,8 |
| Sintomas da mama | BRBS | 4 | 20,21,22,23 |
| Sintomas do braço | BRAS | 3 | 17,18,19 |
| Queda de cabelo | BRHL | 1 | 5 |

De acordo com as indicações do manual de cotação fornecidas pela EORTC, para caracterizar e dar um valor de referência a cada setor de avaliação são fornecidas pela organização duas fórmulas matemáticas para determinar os scores de cada item e das várias dimensões de resposta.

No que diz às escalas funcionais a fórmula aplicada é:

Resultado procurado = $\{1-(\text{pontuação}-1)/\text{amplitude}\} \times 100$.

Relativamente às dimensões sintomáticas a fórmula aplicada é:

Resultado procurado = $\{(\text{pontuação}-1)/\text{amplitude}\} \times 100$

Em ambas as formulas a “pontuação” é a média aritmética dos vários itens que compõem cada uma das dimensões de cada escala, por outro lado a “amplitude” é a diferença entre o valor máximo e mínimo possível para cada item. Os *scores* médios variam sempre entre 0 e 100. Um *score* elevado para as dimensões funcionais significa que há um bom desempenho do indivíduo, enquanto um *score* elevado para as dimensões de sintomas significa que determinado sintoma interfere na vida do indivíduo com intensidade.

1.4 – Procedimentos

Tendo em consideração que o estudo em causa envolve pessoas, e neste caso mulheres a passar por uma situação de saúde difícil, este estudo assenta em procedimentos e atitudes éticas e legais, nunca esquecendo o valor de cada pessoa como um ser individual e único. Por este motivo inicialmente foi efetuado um pedido por escrito à instituição onde pretendemos realizar o estudo, o CHTV, para que a sua comissão de ética desse aval para a aplicação do estudo em questão. Por sua vez às participantes no estudo é fornecido o consentimento informado, com intenção de explicar o estudo em causa, a sua finalidade e agradecendo a sua participação garantindo que os seus dados não seriam fornecidos e a confidencialidade seria mantida.

Foram realizados 130 tentativas de contacto com mulheres submetidas a cirurgia da mama no CHTV, E.P.E. em 2017, apenas tendo conseguido entrar em contacto com cerca de 100 destas 130. Posteriormente foram entregues 100 questionários às utentes submetidas a cirurgia da mama e que preenchiam os critérios de inclusão no estudo. Destas concordaram integrar o estudo 65 mulheres que constituem a amostra do mesmo. A recolha dos dados foi efetuada através do preenchimento do questionário de forma anónima o que permitiu uma interferência mínima dos investigadores. A entrega do questionário foi precedida de informação sobre o âmbito e a finalidade do estudo.

2 - Análise de Dados

Para o tratamento e análise dos dados, foi utilizado o programa estatístico SPSS versão 22.0 para o Windows, utilizando análise estatística descritiva e inferencial dos dados. Assim, realizaremos a interpretação dos resultados em função dos objetivos da pesquisa efetuada de forma a realizar a análise estatística.

2.1 – Análise descritiva

A análise descritiva irá centrar-se na caracterização da amostra, descrevendo e analisando os dados.

Idade

As estatísticas relativas à idade, conforme apresentadas na tabela 4, revelam que as utentes sujeitas a patologia mamária apresentam uma idade mínima de 34 anos e uma idade máxima de 83 anos, ao que corresponde uma idade média de 55.58 anos com um desvio padrão de 12.49anos. No que diz respeito ao coeficiente de variação, este apresenta uma dispersão moderada em torno do valor médio e os valores de assimetria e kurtosis ou achatamento indicam uma curva normal mesocúrtica.

Tabela 4 – Estatísticas Relativas à idade

| | N | % | Min. | Max. | X (média) | Dp | Cv (%) | Sk | K |
|-------|----|-----|------|------|-----------|-------|--------|------|-------|
| Idade | 65 | 100 | 34 | 83 | 55,58 | 12.49 | 22.46 | 1.15 | -1.07 |

Legenda: Min.: mínimo; Máx.: máximo; Dp: desvio padrão; Cv: coeficiente de variação; Sk: assimetria; K: achatamento.

A classe etária com maior número de mulheres situa-se acima dos 60 anos, correspondendo a uma percentagem de 35.4%, precedida pela classe com menos de 50 anos com 22 mulheres e uma percentagem de 33.8%. A classe etária entre os 50 e os 60

anos é constituída por 20 mulheres com uma percentagem de 30.8%, conforme se pode verificar na tabela 5.

Estado Civil

No que diz respeito ao estado civil, podemos inferir que 48 mulheres são casadas ou vivem em união de facto, correspondendo a 73.8% da amostra, o que corresponde à grande maioria, existem também 7 viúvas o que corresponde a 10.8%, 6 são divorciadas abrangendo 9.2% da amostra e 4 são solteiras, 6.2%. Assim, ao reagrupar a amostra por mulheres com companheiro ou que vivem sem companheiro temos conforme se verifica na tabela 5, que 73.8% da amostra é casada ou vivem em união de fato e 17 mulheres (26.2%) vive sem companheiro.

Local de Residência

Fazemos também na tabela 5 referência ao local de residência das mulheres e verificamos que 40 vivem em meio rural e 25 no meio urbanos o que corresponde a 61.5% e 38.5% das mulheres respetivamente.

Habilitações Literárias

Quanto à situação académica, 35.4% (23) das mulheres possuem estudos até ao 1º ciclo, 22 mulheres correspondendo a 33.8% da amostra têm estudos entre o 2º e o 3º ciclo e 30.8% ou seja 20 mulheres fizeram o ensino secundário e o ensino superior (conforme (cf.) tabela 5)

Profissão

Para mais facilmente realizar o estudo da amostra foi realizado um agrupamento segundo a Classificação Nacional das Profissões (2011). Assim, quanto à situação profissional o grupo profissional com maior representatividade é o grupo 9 que corresponde a trabalhadores não qualificados (27.7%), precedido pelo grupo 2, que engloba profissionais especialistas das atividades intelectuais e científicas (20.0%). De referir ainda que 16.9% da amostra são reformadas (tabela 5).

Rendimento mensal médio do agregado familiar

Observamos também que o rendimento mensal das famílias não apresenta grande diferença, visto que, até aos 500€ de rendimento mensal corresponde a 30.8% da amostra, entre os 500 e os 1000€ recebem 35.4% das famílias e com rendimento superior a 1000€ são 33.8% dos agregados familiares (tabela 5).

Tabela 5 – Caracterização Sociodemográfica da Amostra

| | N (65) | % |
|---|--------|------|
| Grupo Etário | | |
| <50 anos | 22 | 33.8 |
| 50-60anos | 20 | 30.8 |
| >60anos | 23 | 35.4 |
| Estado Civil | | |
| Casada/ União de fato | 48 | 73.8 |
| Solteira/ separada/ divorciada/Viúva | 17 | 26.2 |
| Zona de residência | | |
| Meio Rural | 40 | 61.5 |
| Meio Urbano | 25 | 38.5 |
| Habilitações Literárias | | |
| Até ao 1º ciclo | 23 | 35.4 |
| 2º e 3º Ciclo | 22 | 33.8 |
| Secundário/Curso superior | 20 | 30.8 |
| Profissão | | |
| Grupo 1 | 2 | 3.1 |
| Grupo 2 | 13 | 20.0 |
| Grupo 3 | 9 | 13.8 |
| Grupo 4 | 2 | 3.1 |
| Grupo 5 | 8 | 12.3 |
| Grupo 6 | 1 | 1.5 |
| Grupo 9 | 18 | 27.7 |
| Desempregada | 1 | 1.5 |
| Reformada | 11 | 16.9 |
| Rendimento Mensal médio do agregado familiar | | |
| Até 500€ | 20 | 30.8 |
| >500 <=1000€ | 23 | 35.4 |
| >1000€ | 22 | 33.8 |

No que diz respeito à caracterização clínica das participantes foram questionadas sobre o tipo de cirurgia e abordagem axilar, se existiu tratamento adjuvante, se a doente teve dor, se o lado operado era do mesmo lado da mão dominante, se existia antecedentes

de carcinoma da mama em familiares, se a doente tinha fatores de risco associados à patologia e se existiram complicações pós operatórias.

Tipo de cirurgia e abordagem axilar

Verificamos que quanto à cirurgia realizada a maioria das participantes foi submetida a mastectomia com esvaziamento axilar 44.6%, precedida pela mastectomia simples que corresponde a 23.1% das cirurgias. No que diz respeito a tumorectomias verificamos que 16.9% da amostra fez apenas tumorectomia simples e 13.8% realizou tumorectomia com esvaziamento axilar. Apenas 1.5% das participantes realizaram quadrantectomia. Reagrupando a cirurgia, chegamos a 2 grupos essenciais, as mulheres submetidas a mastectomia que correspondem a 44 mulheres (67.7%) e as que foram submetidas a tumorectomia num total de 21 mulheres (32.3%), conforme demonstrado na tabela 6.

Tratamento adjuvante

No que diz respeito ao tratamento adjuvante verificamos que a grande maioria das mulheres realizou mais que um tratamento 61.5%, 12.3% das participantes realizou apenas radioterapia, 10.8% apenas quimioterapia e 9.2% apenas hormonoterapia (tabela 6).

Frequência de dor no dia-a-dia

Podemos verificar na tabela 6 que no que concerne à frequência de dor a maioria das mulheres (63.1%) refere ter dor, enquanto (36.9%) refere não ter dor.

Lado dominante/ lado da cirurgia

Neste item não verificamos grande diferença entre o lado dominante ser ou não o lado da cirurgia, sendo que 50.8% das entrevistadas foi operada ao seu lado dominante enquanto as restantes 49.2% foram submetidas a cirurgia do lado não dominante (tabela 6).

História de cancro da mama na família

Na tabela 6 podemos também verificar que a diferença entre a história familiar de cancro da mama existir ou não na família não é significativa, visto que, 52.3% das entrevistadas refere não ter história familiar de cancro da mama, enquanto 47.7% da amostra tem história familiar de cancro da mama.

Fatores de risco para o cancro da mama

O fator de risco mais referenciado pelas mulheres entrevistadas é a utilização de contraceptivos orais por longos períodos que acometeu 13 das mulheres entrevistadas. Seguindo-se o fato de serem fumadoras ou terem outro qualquer fator de risco referido por 6 mulheres cada. São ainda fatores de risco associados a obesidade e o sedentarismo

referenciados por 5 e 4 mulheres respetivamente. Apenas 1 mulher referiu ter mutação genética de BRCA1 e BRCA2 e nenhuma tem o consumo de bebidas alcoólicas como fator de risco. Verificamos assim conforme se pode observar na tabela 6 que 64.6% das mulheres não apresenta qualquer fator de risco e apenas 35.6% das mesmas têm fatores de risco para o desenvolvimento de cancro da mama.

Complicações pós operatórias

No que diz respeito às complicações pós operatórias verificamos que 31 das entrevistadas refere que teve diminuição da mobilidade do braço do lado da cirurgia, 28 refere dor, 16 apresentaram alterações da sensibilidade do membro, 6 referem seroma e outras 6 referem linfedema, 4 apresentaram como complicação hematoma, 3 referem outro tipo de complicação, 2 referem infeção cirúrgica e apenas 1 teve eritema no local cirúrgico. Assim, 43 (66.2%) mulheres apresentaram complicações pós operatórias e 22 (33.8%) não tiveram qualquer problema (tabela 6).

Tabela 6 – Caraterização clínica da amostra

| | N (65) | % |
|---|--------|------|
| Tipo de cirurgia | | |
| Mastectomia | 44 | 67.7 |
| Tumorectomia | 21 | 32.3 |
| Tratamento adjuvante | | |
| Quimioterapia | 7 | 10.8 |
| Radioterapia | 8 | 12.3 |
| Hormonoterapia | 6 | 9.2 |
| Mais que um tratamento | 40 | 61.5 |
| Dor | | |
| Sem dor | 24 | 36.9 |
| Com dor | 41 | 63.1 |
| Lado dominante / lado da cirurgia | | |
| Sim | 33 | 50.8 |
| Não | 32 | 49.2 |
| História de cancro na família | | |
| Sim | 31 | 47.7 |
| Não | 34 | 52.3 |
| Fatores de risco para cancro da mama | | |
| Sim | 23 | 35.4 |
| Não | 42 | 64.6 |
| Complicações pós operatórias | | |
| Sim | 43 | 63.2 |
| Não | 22 | 33.8 |

Determinadas as estatísticas relativas à funcionalidade da mulher submetida a cirurgia da mama, os dados apresentados na tabela 7 revelam que para o estado de saúde global o valor mínimo é 50 e o máximo é de 95.83, a que corresponde uma média de 68.08 (+9.58). Em relação ao funcionamento físico, encontramos um valor mínimo de 81.25, e um valor máximo de 100.00, para uma média de 96.33 (+-3.16). No que concerne ao funcionamento ocupacional, os valores oscilam entre um mínimo de 50.00 e um máximo de 100, para uma média de 89.62 (+-12.76). Já para o funcionamento emocional os valores variam entre um mínimo de 77.08 e um máximo de 100.00, com uma média de 91.54 (+6.28). Ao observarmos os valores do funcionamento cognitivo temos um mínimo de 58.33 e um valor máximo de 100.00, para uma média de 89.10 (+-11.40). Finalmente no que diz respeito ao funcionamento social temos valores mínimos de 50.00 e máximo de 100.00, com média de 86.54 (+-14.03).

Pelos coeficientes de variação concluímos que existe uma baixa dispersão no que diz respeito aos valores médios de saúde global, funcionamento físico, funcionamento ocupacional, funcionamento emocional e funcionamento cognitivo e apresenta dispersão moderada para o funcionamento social.

Os valores de assimetria e kurtosis são normais para a saúde global e para o funcionamento emocional, com uma curva normal. Em relação ao funcionamento físico temos uma curva platicurtica que se desloca para a direita. No funcionamento ocupacional, a curva é normal, deslocando-se para a direita, tal como acontece no funcionamento cognitivo e no funcionamento social.

Tabela 7 – Estatísticas relativas à funcionalidade da mulher submetida a cirurgia da mama

| | N | % | Min. | Max. | X (média) | Dp | Cv (%) | Sk | K |
|---------------------------|----|-----|-------|--------|--------------|-------|--------|-------|-------|
| Saúde global | 65 | 100 | 50.00 | 95.83 | 68.08 | 9.58 | 14.07 | 1.82 | 0.83 |
| Funcionamento físico | 65 | 100 | 81.25 | 100.00 | 96.33 | 3.16 | 3.28 | -6.53 | 11.65 |
| Funcionamento ocupacional | 65 | 100 | 50.00 | 100.00 | 89.62 | 12.76 | 14.23 | -3.74 | 0.84 |
| Funcionamento emocional | 65 | 100 | 77.08 | 100.00 | 91.54 | 6.28 | 6.86 | -1.21 | -1.26 |
| Funcionamento cognitivo | 65 | 100 | 58.33 | 100.00 | 89.10 | 11.40 | 12.79 | -3.25 | 0.45 |
| Funcionamento social | 65 | 100 | 50.00 | 100.00 | 86.54 | 14.03 | 16.21 | -3.09 | 0.29 |

Legenda: Min.: mínimo; Máx.: máximo; Dp: desvio padrão; Cv: coeficiente de variação; Sk: assimetria; K: achatamento.

Com as dimensões da escala de funcionalidade efetuou-se uma matriz de correlação de Pearson cujos resultados se apresentam na tabela 8. Apuramos que a saúde global estabelece uma correlação inversa com todas as dimensões da escala sendo a menor ($r=0.334$) com o funcionamento cognitivo explicando 11.55% e a mais elevada regista-se com o funcionamento emocional com uma variabilidade de 35.28%. Entre as restantes dimensões encontramos correlações positivas e significativas a oscilarem entre ($r=0.267$) no funcionamento emocional vs funcionamento físico com uma variabilidade baixa (7.12%) e ($r=0.634$) entre funcionamento cognitivo vs funcionamento ocupacional (sendo a variabilidade neste caso de 40.19%). Aferimos assim que ao aumento ou diminuição dos índices correlacionais de uma variável, corresponde aumento ou diminuição dos índices da variável com a qual se correlaciona. A exceção ocorre na saúde global cujas correlações são inversas o que significa que quanto melhor a saúde global menores são os índices da funcionalidade, o que na realidade se traduz num paradoxo.

Tabela 8 - Matriz de correlação de Pearson para a funcionalidade da mulher submetida a cirúrgica mamária

| | Saúde global | Funcionamento físico | Funcionamento ocupacional | Funcionamento emocional | Funcionamento cognitivo |
|---------------------------|--------------|----------------------|---------------------------|-------------------------|-------------------------|
| Funcionamento físico | -0.418** | | | | |
| Funcionamento ocupacional | -0.393** | 0.594*** | | | |
| Funcionamento emocional | -0.502*** | 0.267* | 0.501*** | | |
| Funcionamento cognitivo | -0.334** | 0.521*** | 0.634*** | 0.541*** | |
| Funcionamento social | -0.349** | 0.402** | 0.389** | 0.408** | 0.364** |

*** $p < 0.001$ ** $p < 0.01$ * $p < 0.05$ n.s. $p > 0.05$

Conforme se pode observar na tabela 9, realizamos a estatística relativa à sintomatologia da mulher submetida a cirurgia da mama. Em relação ao sintoma fadiga verificamos que os valores variam entre um mínimo de 66.67 e um máximo de 100.00, com uma média de 89.17 (+9.08). Quanto ao sintoma náuseas e vômitos varia entre um mínimo de 50.00 e um máximo de 100.00 para uma média de 94.74 (+10.48). No que diz respeito à

dor apresenta uma média de 85.13 (+-13.46) com valores mínimos de 58.33 e máximos de 100.00. O sintoma dispneia apresenta valores mínimos de 33.33 e máximos de 100.00, com uma média de 95.89 (+-12.51). Os restantes sintomas que são insónia, perda de apetite, obstipação, diarreia e dificuldades financeiras oscilam entre valores mínimos de 0.00 e máximos de 100.00, com médias de 58.97 (+-37.16), 86.67 (+-25.54), 85.13 (+-26.37), 95.89 (+-16.15) e 65.64 (+-34.34) respetivamente.

Quanto aos valores dos coeficientes de variação verificamos que apresentam dispersão moderadas em torno do valor médio para a dor, a perda de apetite e a diarreia, baixas dispersões em relação ao valor médio para a fadiga, as náuseas e vómitos e a dispneia e dispersão elevada para os valores médios dos sintomas insónia, obstipação e dificuldades financeiras.

Verificamos pelos valores de assimetria e kurtosis que os sintomas dor, insónia e dificuldades financeiras apresentam curvas normais mesocurticas. O sintoma fadiga, apresenta uma curva normal deslocada para a direita. Por sua vez, o sintoma náuseas e vómitos apresenta uma curva placicurtica, desviada para a direita, tal como o sintoma dispneia, perda de apetite, obstipação e ainda diarreia.

Tabela 9 – Estatísticas relativas à sintomatologia da mulher submetida a cirurgia da mama

| | N | % | Min. | Max. | X (média) | Dp | Cv (%) | Sk | K |
|--------------------------|----|-----|-------|--------|--------------|-------|--------|--------|-------|
| Fadiga | 65 | 100 | 66.67 | 100.00 | 89.17 | 9.08 | 10.18 | -2.54 | -0.19 |
| Náuseas e vómitos | 65 | 100 | 50.00 | 100.00 | 94.74 | 10.48 | 11.06 | -8.23 | 10.71 |
| Dor | 65 | 100 | 58.33 | 100.00 | 85.13 | 13.46 | 15.81 | -1.84 | -1.42 |
| Dispneia | 65 | 100 | 33.33 | 100.00 | 95.89 | 12.51 | 13.05 | -10.83 | 18.20 |
| Insónia | 65 | 100 | 0.00 | 100.00 | 58.97 | 37.16 | 63.02 | -1.45 | -1.97 |
| Perda de apetite | 65 | 100 | 0.00 | 100.00 | 86.67 | 25.54 | 29.47 | -7.32 | 7.59 |
| Obstipação | 65 | 100 | 0.00 | 100.00 | 85.13 | 26.37 | 30.98 | -5.88 | 3.82 |
| Diarreia | 65 | 100 | 0.00 | 100.00 | 95.89 | 16.15 | 16.84 | -15.44 | 38.71 |
| Dificuldades financeiras | 65 | 100 | 0.00 | 100.00 | 65.64 | 34.34 | 52.32 | -1.87 | -1.55 |

Legenda: Min.: mínimo; Máx.: máximo; Dp: desvio padrão; Cv: coeficiente de variação; Sk: assimetria; K: achatamento.

Para as dimensões da escala de sintomatologia geral, efetuou-se uma matriz de correlação de Pearson com resultados apresentados na tabela 10. Verificamos que existem

correlações diretas entre todas as dimensões respeitantes à sintomatologia exceto para a correlação entre diarreia e obstipação e dificuldade financeira vs diarreia que são inversas. Estas correlações positivas oscilam entre ($r=0.133$) entre a obstipação e a perda de apetite com uma baixa variabilidade (1.77%) e ($r= 0.789$) entre a fadiga e a dor, que apresenta uma variabilidade de 62.25%. Aferimos assim que ao aumento ou diminuição dos índices correlacionais de uma variável, corresponde aumento ou diminuição dos índices da variável com a qual se relaciona.

Tabela 10 – Matriz de correlação de Pearson para sintomatologia da mulher submetida a cirurgia mamária

| | Fadiga | Náuseas e vômitos | Dor | Dispneia | Insónia | Perda de apetite | Obstipação | Diarreia |
|--------------------------|-----------|-------------------|-----------|-----------|-----------|------------------|------------|-----------|
| Náuseas e vômitos | 0.559*** | | | | | | | |
| Dor | 0.789*** | 0.599*** | | | | | | |
| Dispneia | 0.367** | 0.197n.s | 0.199n.s. | | | | | |
| Insónia | 0.538*** | 0.340** | 0.583*** | 0.230n.s. | | | | |
| Perda de apetite | 0.682*** | 0.675*** | 0.676*** | 0.261* | 0.256* | | | |
| Obstipação | 0.211n.s. | 0.200n.s. | 0.248* | 0.338** | 0.236n.s. | 0.113n.s. | | |
| Diarreia | 0.324** | 0.255* | 0.154n.s | 0.173n.s. | 0.120n.s. | 0.328** | 0.023n.s. | |
| Dificuldades financeiras | 0.329** | 0.359** | 0.389** | 0.273* | 0.429*** | 0.281* | 0.117n.s. | 0.008n.s. |

*** $p < 0.001$ ** $p < 0.01$ * $p < 0.05$ n.s. $p > 0.05$

Tendo em conta a funcionalidade específica da mulher com cancro da mama verificamos que a função sexual varia entre valores mínimos de 1.00 e máximos de 3.00 para uma média de 1.57 (+0.56). Em relação ao prazer sexual o número de respostas é de 24 mulheres das 65, visto ser uma resposta opcional. Esta funcionalidade varia entre valores mínimos de 1.00 e máximos de 3.00, com média de 2.46 (+0.66). Já em relação às perspetivas futuras encontramos valores mínimos de 1.00 e máximos de 4.00, com uma média de 2.95 (+0.91). A imagem corporal varia entre valores mínimos de 1.00 e máximos de 4.00, com média 1.93 (+0.99).

Os coeficientes de variação apresentam dispersões moderadas em torno do valor médio para o prazer sexual e as perspectivas futuras e valores de dispersão elevada para a imagem corporal e o funcionamento sexual.

Os valores de assimetria e kurtosis apresentam curvas normais para as valências funcionais, funcionamento sexual, prazer sexual e perspectivas futuras. Já a imagem corporal apresenta uma curva normal, ligeiramente enviesada à esquerda (tabela 11).

Tabela 11 - Estatísticas relativas à funcionalidade específica da mulher com cancro da mama

| | N | % | Min. | Max. | X (média) | Dp | Cv (%) | Sk | K |
|----------------------|----|------|------|------|-----------|------|--------|-------|-------|
| Imagem corporal | 65 | 100 | 1.00 | 4.00 | 1.93 | 0.99 | 51.29 | 2.63 | -1.34 |
| Funcionamento sexual | 65 | 100 | 1.00 | 3.00 | 1.57 | 0.56 | 35.67 | 0.93 | -1.99 |
| Prazer sexual | 24 | 36.9 | 1.00 | 3.00 | 2.46 | 0.66 | 26.8 | -1.76 | -0.28 |
| Perspetivas futuras | 65 | 100 | 1.00 | 4.00 | 2.95 | 0.91 | 30.85 | -1.42 | -1.22 |

Legenda: Min.: mínimo; Máx.: máximo; Dp: desvio padrão; Cv: coeficiente de variação; Sk: assimetria; K: achatamento

Tendo em consideração a QV funcional para a mulher com cancro da mama realizou-se uma matriz de correlação de Pearson que pode ser observada na tabela 12. Verificamos que a imagem corporal estabelece uma relação inversa com a função sexual e o prazer sexual e uma relação positiva entre as perspectivas futuras vs a imagem corporal e função sexual. A menor correlação acontece entre a imagem corporal e a função sexual ($r=0.111$) correspondendo a 1.2% da amostra e a maior relação acontece entre a imagem corporal e o prazer sexual ($r=0.678$) para 45.9% da amostra. Concluimos assim que a imagem corporal influencia negativamente a função e o prazer sexual o que se torna uma contradição e por outro lado influencia positivamente as perspectivas futuras.

Tabela 12 – Matriz de correlação de Pearson para qualidade de vida funcional da mulher com cancro da mama

| | Imagem corporal | Função sexual | Prazer sexual |
|---------------------|-----------------|---------------|---------------|
| Função sexual | -0.111n.s. | | |
| Prazer sexual | -0.678*** | 0.412* | |
| Perspetivas Futuras | 0.408** | 0.145n.s. | -0.369n.s. |

*** p < 0.001 ** p < 0.01 * p < 0.05 n.s. p > 0.05

Pela tabela 13 verificamos que relativamente à sintomatologia específica para o cancro da mama, no que diz respeito aos efeitos colaterais obtivemos valores mínimos de 1.00 e máximos de 3.71 com média 1.68 (+-0.59). No respeitante aos sintomas da mama encontramos valores mínimos de 1.00 e máximos de 3.25, com média de 1.95 (+-0.54). Já para os sintomas do braço os valores mínimos mantêm-se em 1.00 e o máximo 3.67, para uma média de 1.95 (+-0.73). Quanto ao sintoma queda de cabelo, sendo uma pergunta de resposta opcional foi respondida por 29 mulheres da amostra. Obtivemos valor mínimo de 1.00 e máximo de 4.00, com média de 2.07 (+-1.07).

Ao avaliar os coeficientes de variação a dispersão em torno da média é elevada.

Na observação dos valores de simetria e kurtosis verificamos que todos os sintomas apresentam uma curva normal, com desvio para a esquerda no que diz respeito aos efeitos colaterais, sintomas da mama e sintomas do braço.

Tabela 13 - Estatísticas relativas à sintomatologia específica da mulher com cancro da mama

| | N | % | Min. | Max. | X (média) | Dp | Cv (%) | Sk | K |
|--------------------|----|------|------|------|--------------|------|--------|------|-------|
| Efeitos colaterais | 65 | 100 | 1.00 | 3.71 | 1.68 | 0.59 | 35.12 | 3.92 | 1.72 |
| Sintomas da mama | 65 | 100 | 1.00 | 3.25 | 1.76 | 0.54 | 30.68 | 2.40 | 0.44 |
| Sintomas do braço | 65 | 100 | 1.00 | 3.67 | 1.95 | 0.73 | 37.44 | 2.28 | -0.49 |
| Queda de cabelo | 29 | 44.6 | 1.00 | 4.00 | 2.07 | 1.07 | 51.69 | 1.41 | -0.98 |

Legenda: Min.: mínimo; Máx.: máximo; Dp: desvio padrão; Cv: coeficiente de variação; Sk: assimetria; K: achatamento

No que diz respeito à QV quanto à sintomatologia das mulheres com cancro da mama verificamos com uma matriz de correlação de Pearson que existe uma correlação positiva para todas as variáveis. Podemos assim aferir que com o aumento da sintomatologia piora a QV (tabela 14).

Tabela 14 – Matriz de correlação de Pearson para qualidade de vida sintomática da mulher com cancro da mama

| | Efeitos colaterais | Sintomas da mama | Sintomas do braço |
|-------------------|--------------------|------------------|-------------------|
| Sintomas da mama | 0.606*** | | |
| Sintomas do braço | 0.432*** | 0.504*** | |
| Perda de cabelo | 0.479** | 0.357s.n. | 0.360* |

*** p < 0.001 ** p < 0.01 * p < 0.05 n.s. p > 0.05

2.2 – Análise inferencial

Após a análise descritiva, prosseguimos com a análise inferencial, para ser possível estabelecer relações entre as variáveis estabelecidas.

O estudo da relação entre a idade das participantes no estudo e a avaliação funcional, sintomática geral e funcional e sintomático para o cancro da mama, processou-se através do teste de krustall Wallis. A tabela 15 reporta os dados obtidos. Relativamente à funcionalidade, observamos que o estado global de saúde obtém índices mais elevados nas mulheres com idade superior a 60 anos o mesmo ocorrendo para o funcionamento social. Já a funcionalidade física, ocupacional e emocional é registada com índices mais elevados nas mulheres com menos de 50 anos, enquanto as de idade entre 50 e 60 anos pontuam mais no funcionamento cognitivo: os valores de p não são estatisticamente significativas, inferindo-se assim que a idade não interfere na funcionalidade das mulheres com cancro da mama.

Quanto à sintomatologia observamos que na generalidade os scores mais elevados de todas as dimensões ocorrem com mais frequência nas mulheres com idades inferiores a 50anos, sendo exceção a obstipação que ocorre mais frequentemente em mulheres com idades superiores a 60 anos. Os valores de p não são explicativos, inferindo-se também que a idade não interfere na sintomatologia geral das mulheres submetidas a cirurgia da mama.

No que respeita à funcionalidade específica para o cancro da mama, inferimos que ocorre mais frequentemente nas mulheres com idade superior a 60 anos, que apresentam valores superiores no que concerne à imagem corporal, função sexual e perspetivas futuras, enquanto as mulheres entre os 50 e os 60 anos apresentam valores mais elevados para o prazer sexual.

Já na escala de sintomas específicos para o cancro da mama, as mulheres com menos de 50 anos apresentam valores ordenações médias mais elevadas para os efeitos colaterais, enquanto os sintomas da mama e do braço registam valores mais elevados nas mulheres com idades superiores a 60 anos. Apenas a perda de cabelo apresenta maior pontuação para as mulheres com idades entre os 50 e os 60 anos. Analisando os valores de p registamos significância estatística apenas para a função sexual e sintoma da mama. Em suma, a idade interfere apenas com estes dois parâmetros.

Tabela 15 – Teste de Kruskal-Wallis entre idade e a avaliação funcional e sintomática geral e específica para o cancro da mama

| Grupo etário | <50 anos | 50-60 anos | >60 anos | H | P |
|---------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|--------|-------|
| | Ordenação Média | Ordenação Média | Ordenação Média | | |
| Estado saúde global | 29.48 | 32.98 | 36.39 | 1.554 | 0.460 |
| Funcionamento físico | 34.55 | 33.18 | 31.37 | 0.329 | 0.848 |
| Funcionamento ocupacional | 36.34 | 27.43 | 34.65 | 3.002 | 0.223 |
| Funcionamento emocional | 34.11 | 32.70 | 32.20 | 0.125 | 0.939 |
| Funcionamento cognitivo | 31.68 | 34.40 | 33.04 | 0.234 | 0.889 |
| Funcionamento social | 32.20 | 29.73 | 36.61 | 1.585 | 0.453 |
| Fadiga | 35.50 | 30.40 | 32.87 | 0.782 | 0.676 |
| Náuseas e vômitos | 35.07 | 29.50 | 34.07 | 1.590 | 0.452 |
| Dor | 34.55 | 31.10 | 33.17 | 0.367 | 0.832 |
| Dispneia | 33.59 | 31.70 | 33.57 | 0.473 | 0.789 |
| Insónia | 34.86 | 32.28 | 31.85 | 0.357 | 0.837 |
| Perda de apetite | 34.73 | 32.63 | 31.67 | 0.496 | 0.780 |
| Obstipação | 30.23 | 32.68 | 35.93 | 1.614 | 0.446 |
| Diarreia | 35.50 | 30.68 | 32.63 | 3.260 | 0.196 |
| Dificuldades financeiras | 35.39 | 29.65 | 33.63 | 1.111 | 0.574 |
| Imagem corporal | 31.05 | 30.50 | 37.04 | 1.694 | 0.429 |
| Função sexual | 25.45 | 26.23 | 46.11 | 20.407 | 0.000 |
| Prazer sexual | 12.04 | 13.05 | 12.50 | 0.141 | 0.932 |
| Perspetivas futuras | 31.34 | 28.38 | 38.61 | 3.762 | 0.152 |
| Efeitos colaterais | 35.23 | 33.30 | 33.61 | 0.685 | 0.710 |
| Sintomas da mama | 29.55 | 27.35 | 41.22 | 7.048 | 0.029 |
| Sintomas do braço | 34.32 | 28.48 | 35.67 | 1.774 | 0.412 |
| Perda de cabelo | 13.92 | 16.39 | 15.06 | 0.478 | 0.788 |

Para testar a hipótese se o estado civil interfere na qualidade de vida, efetuou-se o teste *U de Mann-Whitney* (tabela 16), que evidencia não existirem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos. São as mulheres “com companheiro” a apresentar maiores valores ordenados das médias no estado global de saúde e dimensões da funcionalidade (cognitiva e social), enquanto as mulheres “sem companheiro” apresentam valores mais elevados para o funcionamento físico, ocupacional e emocional.

Ao observarmos as ordens médias quanto à sintomatologia as mulheres “sem companheiro” apresentam maior pontuação em quase todas as dimensões, exceto para a dor, insónia e dificuldades financeiras, o mesmo acontecendo para a funcionalidade e sintomatologia específica para o cancro da mama, revelando por isso uma pior QV.

Avaliando os valores de *p* registamos significância estatística apenas para a função sexual, e significância marginal no que diz respeito ao funcionamento ocupacional e fadiga. Afirmamos então que o estado civil influencia apenas estas três variáveis.

Tabela 16 – Teste de U Mann - Whitney entre estado civil e a avaliação funcional e sintomática geral e específica para o cancro da mama

| Estado civil | Casada/união de fato | Solteira/divorciada/viúva | H | P |
|---------------------------|----------------------|---------------------------|--------|-------|
| | Ordenação Média | Ordenação Média | | |
| Estado saúde global | 33.25 | 32.29 | -0.182 | 0.855 |
| Funcionamento físico | 32.48 | 34.47 | -0.379 | 0.705 |
| Funcionamento ocupacional | 30.79 | 39.24 | -1.700 | 0.089 |
| Funcionamento emocional | 31.99 | 35.85 | -0.730 | 0.465 |
| Funcionamento cognitivo | 33.23 | 32.35 | -0.171 | 0.864 |
| Funcionamento social | 33.27 | 32.24 | -0.201 | 0.841 |
| Fadiga | 30.55 | 39.91 | -1.774 | 0.076 |
| Náuseas e vômitos | 31.56 | 37.06 | -1.285 | 0.199 |
| Dor | 33.13 | 32.65 | -0.092 | 0.927 |
| Dispneia | 32.43 | 34.62 | -0.764 | 0.445 |
| Insónia | 33.68 | 31.09 | -0.505 | 0.613 |
| Perda de apetite | 32.68 | 33.91 | -0.295 | 0.768 |
| Obstipação | 31.59 | 36.97 | -1.259 | 0.208 |
| Diarreia | 32.77 | 33.65 | -0.355 | 0.722 |
| Dificuldades financeiras | 34.47 | 28.85 | -1.107 | 0.268 |
| Imagem corporal | 32.67 | 33.94 | -0.243 | 0.808 |
| Função sexual | 28.33 | 46.18 | -3.650 | 0.000 |
| Prazer sexual | 12.50 | 12.50 | 0.000 | 1.000 |
| Perspetivas futuras | 32.25 | 35.12 | -0.566 | 0.571 |
| Efeitos colaterais | 33.00 | 33.00 | 0.000 | 1.000 |
| Sintomas da mama | 32.47 | 34.50 | -0.386 | 0.700 |
| Sintomas do braço | 31.35 | 37.65 | -1.200 | 0.230 |
| Perda de cabelo | 15.75 | 11.40 | -1.090 | 0.276 |

Para testar de que forma as habilitações literárias influenciam a QV, utilizamos o teste de Kruskal-Wallis conforme se pode ver na tabela 17. Podemos inferir ao observar os valores de p que existe significância estatística apenas no que diz respeito à função sexual e significância marginal para o estado de saúde global, prazer sexual e sintomas do braço.

Concluimos assim que as habilitações literárias influenciam a QV no que respeita à função sexual, prazer sexual e sintomas do braço.

Tabela 17 – Teste de Kruskal-Wallis entre as Habilitações Literárias e a avaliação funcional e sintomática geral e específica para o cancro da mama

| Habilitações Literárias | Até 1º ciclo | 2º e 3º ciclo | Secundário/ensino superior | H | P |
|---------------------------|-----------------|-----------------|----------------------------|--------|-------|
| | Ordenação Média | Ordenação Média | Ordenação Média | | |
| Estado saúde global | 40.13 | 30.93 | 27.08 | 5.684 | 0.058 |
| Funcionamento físico | 26.37 | 36.00 | 37.33 | 4.561 | 0.102 |
| Funcionamento ocupacional | 27.50 | 35.73 | 36.33 | 3.488 | 0.175 |
| Funcionamento emocional | 27.59 | 37.36 | 34.43 | 3.222 | 0.200 |
| Funcionamento cognitivo | 28.28 | 36.48 | 34.60 | 2.509 | 0.285 |
| Funcionamento social | 31.17 | 37.70 | 29.93 | 2.260 | 0.323 |
| Fadiga | 26.61 | 35.20 | 37.93 | 4.385 | 0.112 |
| Náuseas e vômitos | 33.89 | 30.41 | 34.83 | 1.012 | 0.603 |
| Dor | 26.07 | 35.05 | 38.73 | 5.425 | 0.066 |
| Dispneia | 33.72 | 33.59 | 31.53 | 0.610 | 0.737 |
| Insónia | 28.09 | 35.14 | 36.30 | 2.652 | 0.266 |
| Perda de apetite | 28.74 | 34.73 | 36.00 | 3.022 | 0.221 |
| Obstipação | 31.85 | 36.36 | 30.63 | 1.714 | 0.424 |
| Diarreia | 31.26 | 32.55 | 35.50 | 2.610 | 0.271 |
| Dificuldades financeiras | 29.11 | 34.73 | 35.58 | 1.692 | 0.429 |
| Imagem corporal | 28.98 | 39.61 | 30.35 | 4.269 | 0.118 |
| Função sexual | 44.04 | 29.18 | 24.50 | 15.234 | 0.000 |
| Prazer sexual | 19.83 | 11.13 | 11.65 | 4.708 | 0.095 |
| Perspetivas futuras | 30.67 | 39.52 | 28.50 | 4.550 | 0.103 |
| Efeitos colaterais | 29.54 | 32.50 | 37.53 | 1.950 | 0.377 |
| Sintomas da mama | 32.50 | 33.23 | 33.33 | 0.026 | 0.987 |
| Sintomas do braço | 26.00 | 36.16 | 37.58 | 5.114 | 0.078 |
| Perda de cabelo | 16.39 | 15.60 | 13.15 | 0.838 | 0.658 |

No que concerne ao rendimento familiar mensal verificamos que existe significância estatística para o funcionamento ocupacional, a dor, as dificuldades financeiras e a função

sexual. E uma significância marginal para o funcionamento físico, o prazer sexual e os sintomas do braço.

Inferimos assim que o rendimento familiar influencia a QV no que ao funcionamento ocupacional, à dor, às dificuldades financeiras, à função sexual, ao funcionamento físico, ao prazer sexual e aos sintomas do braço (tabela 18).

Tabela 18 – Teste de Kruskal-Wallis entre os rendimentos mensais e a avaliação funcional e sintomática geral e específica para o cancro da mama

| Rendimento familiar mensal | Até 500€ | >500<=1000euros | >1000euos | H | P |
|----------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-------|-------|
| | Ordenação Média | Ordenação Média | Ordenação Média | | |
| Estado saúde global | 38.33 | 31.07 | 30.18 | 2.394 | 0.302 |
| Funcionamento físico | 25.38 | 35.46 | 37.36 | 4.956 | 0.084 |
| Funcionamento ocupacional | 24.13 | 37.54 | 36.32 | 7.400 | 0.025 |
| Funcionamento emocional | 25.78 | 36.87 | 35.52 | 4.345 | 0.114 |
| Funcionamento cognitivo | 30.63 | 31.80 | 36.41 | 1.215 | 0.545 |
| Funcionamento social | 27.78 | 35.76 | 34.86 | 2.395 | 0.302 |
| Fadiga | 27.70 | 35.39 | 35.32 | 2.324 | 0.313 |
| Náuseas e vômitos | 32.10 | 34.20 | 32.57 | 0.232 | 0.891 |
| Dor | 22.90 | 35.70 | 39.36 | 9.068 | 0.011 |
| Dispneia | 34.90 | 33.57 | 30.68 | 1.915 | 0.384 |
| Insónia | 27.03 | 34.57 | 36.80 | 3.302 | 0.192 |
| Perda de apetite | 28.75 | 35.04 | 34.73 | 2.382 | 0.304 |
| Obstipação | 30.25 | 35.76 | 32.61 | 1.442 | 0.486 |
| Diarreia | 32.35 | 34.04 | 32.50 | 0.511 | 0.774 |
| Dificuldades financeiras | 23.18 | 35.50 | 39.32 | 9.139 | 0.010 |
| Imagem corporal | 27.58 | 35.15 | 35.68 | 2.470 | 0.291 |
| Função sexual | 40.58 | 32.09 | 27.07 | 6.469 | 0.039 |
| Prazer sexual | 16.63 | 15.25 | 10.14 | 4.846 | 0.089 |
| Perspetivas futuras | 26.63 | 38.39 | 33.16 | 4.601 | 0.100 |
| Efeitos colaterais | 26.90 | 34.48 | 37.00 | 3.241 | 0.198 |
| Sintomas da mama | 28.33 | 31.35 | 38.98 | 3.693 | 0.158 |
| Sintomas do braço | 26.58 | 32.50 | 39.36 | 4.990 | 0.083 |
| Perda de cabelo | 16.15 | 11.82 | 17.94 | 2.938 | 0.230 |

Ao observarmos os resultados da tabela 19, verificamos que as mulheres submetidas a tumorectomia apresentam ordenações médias mais elevadas em todas as valências funcionais, com exceção do estado saúde global, da função e prazer sexual, o que nos leva a inferir que as mulheres submetidas a tumorectomia apresentam melhor QV de vida geral.

No entanto também apresentam valores médios mais elevados na escala sintomática com exceção da ocorrência de náuseas e vômitos, diarreia e da perda de cabelo, o que nos leva a afirmar que em termos sintomáticos as mulheres submetidas a mastectomia apresentam uma menor carga sintomática o que promove uma melhor QV.

No que diz respeito aos valores de p encontramos significância estatística para a insónia e a imagem corporal. Apresenta também uma significância estatística marginal para o funcionamento emocional, as dificuldades financeiras as perspetivas futuras e os sintomas do braço, o que nos leva a concluir que o tipo de cirurgia interfere na QV no que diz respeito às insónias, imagem corporal, funcionamento emocional, dificuldades financeiras, perspetivas futuras e sintomas do braço

Tabela 19 – Teste de U Mann - Whitney entre tipo de cirurgia e a avaliação funcional e sintomática geral e específica para o cancro da mama

| Tipo de cirurgia | Mastectomia | Tumorectomia | z | P |
|---------------------------|-----------------|-----------------|--------|-------|
| | Ordenação Média | Ordenação Média | | |
| Estado saúde global | 35.68 | 27.38 | -1.683 | 0.092 |
| Funcionamento físico | 30.85 | 37.50 | -1.345 | 0.179 |
| Funcionamento ocupacional | 31.01 | 37.17 | -1.319 | 0.187 |
| Funcionamento emocional | 29.94 | 39.40 | -1.902 | 0.057 |
| Funcionamento cognitivo | 31.35 | 36.45 | -1.058 | 0.290 |
| Funcionamento social | 30.45 | 38.33 | -1.628 | 0.104 |
| Fadiga | 31.03 | 37.12 | -1.228 | 0.220 |
| Náuseas e vômitos | 33.19 | 32.60 | -0.149 | 0.882 |
| Dor | 30.48 | 38.29 | -1.593 | 0.111 |
| Dispneia | 32.06 | 34.98 | -1.083 | 0.279 |
| Insónia | 29.20 | 40.95 | -2.441 | 0.015 |
| Perda de apetite | 32.97 | 33.07 | -0.027 | 0.979 |
| Obstipação | 31.64 | 35.86 | -1.052 | 0.293 |
| Diarreia | 33.24 | 32.50 | -0.319 | 0.750 |
| Dificuldades financeiras | 30.02 | 39.24 | -1.933 | 0.053 |
| Imagem corporal | 27.40 | 44.74 | -3.517 | 0.000 |
| Função sexual | 34.19 | 30.50 | -0.804 | 0.421 |
| Prazer sexual | 13.88 | 9.75 | -1.517 | 0.129 |
| Perspetivas futuras | 30.32 | 38.62 | -1.744 | 0.081 |
| Efeitos colaterais | 32.67 | 33.69 | -0.204 | 0.838 |
| Sintomas da mama | 31.76 | 35.60 | -0.775 | 0.439 |
| Sintomas do braço | 29.88 | 39.55 | -1.963 | 0.050 |
| Perda de cabelo | 15.05 | 14.90 | -0.048 | 0.962 |

Ao observarmos a tabela 20 verificamos que o tipo de tratamento não apresenta diferenças estatísticas significativas com a avaliação funcional e sintomática, tanto a geral como a específica para o cancro da mama. Apresentando apenas significância marginal para o prazer sexual. Inferimos então que o tipo de tratamento condiciona apenas o prazer sexual.

No que diz respeito aos valores médios de ordenação verificamos que para o estado de saúde global estes são mais elevados para as mulheres que fazem quimioterapia, o que pode ser um contrassenso visto os efeitos secundários provocados pela quimioterapia. Quanto ao tratamento com radioterapia, as mulheres submetidas a este tratamento apresentam valores médios mais elevados nos parâmetros funcionamento cognitivo. As mulheres submetidas apenas a hormonoterapia apresenta melhor funcionamento social e as mulheres que são submetidas a mais do que um tratamento apresentam valores médios superiores para o funcionamento cognitivo. O funcionamento físico e emocional apresentam maiores valores para as mulheres que não são submetidas a qualquer tipo de tratamento coadjuvante após a cirurgia.

Tabela 20 – Teste de Kruskal-Wallis entre os tipos de tratamento e a avaliação funcional e sintomática geral e específica para o cancro da mama

| Tipo de tratamento | Quimioterapia | Radioterapia | Hormonoterapia | Mais que um tratamento | Nenhum | H | P |
|---------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|------------------------|-----------------|-------|-------|
| | Ordenação Média | Ordenação Média | Ordenação Média | Ordenação Média | Ordenação Média | | |
| Estado saúde global | 40.50 | 32.19 | 30.33 | 33.79 | 17.63 | 4.083 | 0.395 |
| Funcionamento físico | 30.43 | 38.13 | 29.08 | 31.89 | 44.25 | 2.605 | 0.623 |
| Funcionamento ocupacional | 33.21 | 31.50 | 31.58 | 33.69 | 30.88 | 0.217 | 0.995 |
| Funcionamento emocional | 25.36 | 31.19 | 32.08 | 34.58 | 35.63 | 1.612 | 0.807 |
| Funcionamento cognitivo | 32.93 | 43.50 | 26.25 | 32.36 | 28.63 | 3.778 | 0.437 |
| Funcionamento social | 33.14 | 33.25 | 35.33 | 32.54 | 33.88 | 0.127 | 0.998 |
| Fadiga | 35.00 | 30.31 | 24.42 | 34.09 | 36.88 | 1.819 | 0.769 |
| Náuseas e vômitos | 33.79 | 37.44 | 33.33 | 30.98 | 42.50 | 2.993 | 0.559 |
| Dor | 36.00 | 35.88 | 26.67 | 32.34 | 38.13 | 1.441 | 0.837 |
| Dispneia | 31.43 | 36.50 | 36.50 | 31.70 | 36.50 | 2.958 | 0.565 |
| Insónia | 21.86 | 35.88 | 29.42 | 34.15 | 40.63 | 3.941 | 0.414 |
| Perda de apetite | 37.71 | 33.56 | 30.33 | 32.31 | 34.50 | 1.042 | 0.903 |
| Obstipação | 25.00 | 35.38 | 33.00 | 33.90 | 33.25 | 2.298 | 0.681 |
| Diarreia | 35.50 | 35.50 | 29.92 | 32.28 | 35.50 | 2.580 | 0.630 |
| Dificuldades financeiras | 26.29 | 40.94 | 42.50 | 31.26 | 32.00 | 4.599 | 0.331 |
| Imagem corporal | 29.36 | 45.94 | 21.58 | 32.50 | 35.63 | 6.517 | 0.164 |
| Função sexual | 32.57 | 39.00 | 37.58 | 30.99 | 35.00 | 1.978 | 0.740 |
| Prazer sexual | 12.50 | 12.50 | 21.67 | 11.13 | 7.00 | 7.922 | 0.094 |
| Perspetivas futuras | 29.93 | 37.88 | 29.33 | 32.63 | 37.88 | 1.358 | 0.851 |
| Efeitos colaterais | 32.36 | 31.19 | 28.33 | 32.99 | 37.88 | 2.046 | 0.727 |
| Sintomas da mama | 37.07 | 34.81 | 17.83 | 34.44 | 30.63 | 4.674 | 0.322 |
| Sintomas do braço | 34.64 | 43.56 | 29.17 | 30.28 | 42.00 | 4.695 | 0.320 |
| Perda de cabelo | 10.17 | 20.67 | 15.50 | 15.23 | 7.00 | 3.520 | 0.475 |

Quanto à existência de dor verificamos que existem diferenças significativas para a maioria das valências, o que nos leva a concluir que a dor interfere com a todas as escalas de funcionamento global, com exceção do estado de saúde global, a imagem corporal e o

prazer sexual e também com a vertente da sintomatologia com exceção da obstipação, diarreia e perda de cabelo. Concluimos então que a existência de dor agrava a QV.

Observando as ordenações médias, verificamos que os scores mais elevados se encontram maioritariamente para as mulheres que não apresentam dor (a exceção é o estado de saúde global e o prazer sexual), o que significa que a nível funcional (tanto geral, como específico) a não ocorrência de dor promove uma melhor QV, no entanto as mulheres que não referem dor apresentam também ordenações médias superiores para a sintomatologia (com exceção da diarreia). Concluimos então que as mulheres sem dor apresentam pior QV no que diz respeito à sintomatologia (tabela 21).

Tabela 21 – Teste de U Mann - Whitney entre a dor e a avaliação funcional e sintomática geral e específica para o cancro da mama

| Escala funcional e sintomática | Dor | | Z | P |
|--------------------------------|-----------------|-----------------|--------|-------|
| | Sem dor | Com dor | | |
| | Ordenação Média | Ordenação Média | | |
| Estado saúde global | 28.04 | 35.90 | -1.645 | 0.100 |
| Funcionamento físico | 44.71 | 26.15 | -3.876 | 0.000 |
| Funcionamento ocupacional | 42.23 | 27.60 | -3.235 | 0.001 |
| Funcionamento emocional | 40.00 | 28.90 | -2.302 | 0.021 |
| Funcionamento cognitivo | 40.40 | 28.67 | -2.510 | 0.012 |
| Funcionamento social | 41.04 | 28.29 | -2.718 | 0.007 |
| Fadiga | 43.63 | 26.78 | -3.507 | 0.000 |
| Náuseas e vômitos | 41.10 | 28.26 | -3.298 | 0.001 |
| Dor | 46.96 | 24.83 | -4.658 | 0.000 |
| Dispneia | 36.50 | 30.95 | -2.125 | 0.034 |
| Insónia | 40.48 | 28.62 | -2.542 | 0.011 |
| Perda de apetite | 39.50 | 29.20 | -2.706 | 0.007 |
| Obstipação | 37.75 | 30.22 | -1.937 | 0.053 |
| Diarreia | 32.79 | 33.12 | -0.147 | 0.883 |
| Dificuldades financeiras | 41.19 | 28.21 | -2.810 | 0.005 |
| Imagem corporal | 41.42 | 28.07 | -2.793 | 0.005 |
| Função sexual | 35.04 | 31.80 | -0.727 | 0.467 |
| Prazer sexual | 12.50 | 12.50 | 0.000 | 1.000 |
| Perspetivas futuras | 38.40 | 29.84 | -1.855 | 0.064 |
| Efeitos colaterais | 43.17 | 27.05 | -3.334 | 0.001 |
| Sintomas da mama | 46.88 | 24.88 | -4.587 | 0.000 |
| Sintomas do braço | 43.48 | 26.87 | -3.479 | 0.001 |
| Perda de cabelo | 19.71 | 13.50 | -1.764 | 0.078 |

Após a realização do teste de U Mann-Whitney para verificar se existe relação entre a ocorrência de cancro da mama do lado da mão dominante e a QV, verificamos, conforme se pode perceber na tabela 22, que não existem diferenças estatísticas para o lado de ocorrência do cancro da mama, com exceção da função sexual e da obstipação. Inferimos assim, que o lado onde ocorre o cancro da mama influencia a QV apenas para estes dois parâmetros.

Tabela 22 – Teste de U Mann - Whitney entre carcinoma do lado da mão dominante e a avaliação funcional e sintomática geral e específica para o cancro da mama

| Mão dominante do lado da cirurgia | Sim | Não | Z | P |
|-----------------------------------|-----------------|-----------------|--------|-------|
| | Ordenação Média | Ordenação Média | | |
| Estado saúde global | 35.39 | 30.53 | -1.054 | 0.292 |
| Funcionamento físico | 31.71 | 34.33 | -0.566 | 0.571 |
| Funcionamento ocupacional | 31.97 | 34.06 | -0.479 | 0.632 |
| Funcionamento emocional | 32.98 | 33.02 | -0.007 | 0.995 |
| Funcionamento cognitivo | 31.79 | 34.25 | -0.546 | 0.585 |
| Funcionamento social | 31.18 | 34.88 | -0.816 | 0.415 |
| Fadiga | 30.79 | 35.28 | -0.969 | 0.332 |
| Náuseas e vômitos | 32.74 | 33.27 | -0.139 | 0.889 |
| Dor | 32.26 | 33.77 | -0.329 | 0.742 |
| Dispneia | 32.52 | 33.50 | -0.391 | 0.696 |
| Insónia | 34.26 | 31.70 | -0.567 | 0.570 |
| Perda de apetite | 32.45 | 33.56 | -0.301 | 0.763 |
| Obstipação | 37.92 | 27.92 | -2.665 | 0.008 |
| Diarreia | 32.48 | 33.53 | -0.486 | 0.629 |
| Dificuldades financeiras | 30.61 | 35.47 | -1.090 | 0.276 |
| Imagem corporal | 29.29 | 36.83 | -1.635 | 0.102 |
| Função sexual | 37.86 | 27.98 | -2.299 | 0.022 |
| Prazer sexual | 15.25 | 11.58 | -1.238 | 0.216 |
| Perspetivas futuras | 32.67 | 33.34 | -0.152 | 0.879 |
| Efeitos colaterais | 29.02 | 37.11 | -1.735 | 0.083 |
| Sintomas da mama | 32.79 | 33.22 | -0.093 | 0.926 |
| Sintomas do braço | 30.92 | 35.14 | -0.915 | 0.360 |
| Perda de cabelo | 14.87 | 15.14 | -0.092 | 0.927 |

Para verificar se existe relação entre a existência de história de cancro da mama na família e a QV, realizamos um teste de U Mann-Whitney, conforme apresentado na tabela 23. Concluímos que não existem diferenças estatísticas entre a existência de história de cancro da mama e a funcionalidade geral e específica e a sintomatologia geral e específica.

Pelo que, podemos concluir que a existência de história de cancro da mama na família não influencia a QV.

Tabela 23 – Teste de U Mann - Whitney entre existência de cancro na família e a avaliação funcional e sintomática geral e específica para o cancro da mama

| História de cancro na família Escala funcional e sintomática | Sim | Não | Z | P |
|---|-----------------|-----------------|--------|-------|
| | Ordenação Média | Ordenação Média | | |
| Estado saúde global | 30.79 | 35.01 | -0.915 | 0.360 |
| Funcionamento físico | 36.24 | 30.04 | -1.340 | 0.180 |
| Funcionamento ocupacional | 34.02 | 32.07 | -0.444 | 0.657 |
| Funcionamento emocional | 31.39 | 34.47 | -0.662 | 0.508 |
| Funcionamento cognitivo | 34.32 | 31.79 | -0.560 | 0.575 |
| Funcionamento social | 34.76 | 31.79 | -0.742 | 0.458 |
| Fadiga | 32.79 | 33.19 | -0.086 | 0.931 |
| Náuseas e vômitos | 34.76 | 31.40 | -0.893 | 0.372 |
| Dor | 33.85 | 32.22 | -0.356 | 0.722 |
| Dispneia | 33.40 | 32.63 | -0.305 | 0.760 |
| Insónia | 35.08 | 31.10 | -0.883 | 0.377 |
| Perda de apetite | 34.66 | 31.49 | -0.863 | 0.388 |
| Obstipação | 33.00 | 33.00 | -0.000 | 1.000 |
| Diarreia | 34.42 | 31.71 | -1.251 | 0.211 |
| Dificuldades financeiras | 36.48 | 29.82 | -1.492 | 0.136 |
| Imagem corporal | 32.60 | 33.37 | -0.167 | 0.867 |
| Função sexual | 32.37 | 33.57 | -0.280 | 0.780 |
| Prazer sexual | 13.35 | 11.58 | -0.717 | 0.473 |
| Perspetivas futuras | 33.74 | 32.32 | -0.318 | 0.750 |
| Efeitos colaterais | 36.84 | 29.50 | -1.571 | 0.116 |
| Sintomas da mama | 32.00 | 33.91 | -0.413 | 0.680 |
| Sintomas do braço | 32.84 | 33.15 | -0.067 | 0.947 |
| Perda de cabelo | 15.23 | 14.81 | -0.138 | 0.890 |

Realizamos um teste de U Mann-Whitney para testar a relação entre fatores de risco para o cancro da mama e a QV, conforme se pode verificar na tabela 24. Ao visualizar os valores de p aferimos que não existem diferenças estatísticas significativas entre a existência de fatores de risco para o cancro da mama e a funcionalidade geral e específica e a sintomatologia geral e específica. Pelo que, podemos concluir que a existência de fatores de risco não influencia a QV.

Tabela 24 – Teste de U Mann - Whitney entre existência de fatores de risco e a avaliação funcional e sintomática geral e específica para o cancro da mama

| Fatores de risco Escala funcional e sintomática | Sim | Não | Z | P |
|---|-----------------|-----------------|--------|-------|
| | Ordenação Média | Ordenação Média | | |
| Estado saúde global | 33.33 | 32.39 | -0.195 | 0.845 |
| Funcionamento físico | 32.37 | 34.15 | -0.369 | 0.712 |
| Funcionamento ocupacional | 32.95 | 33.09 | -0.029 | 0.976 |
| Funcionamento emocional | 33.94 | 31.28 | -0.546 | 0.585 |
| Funcionamento cognitivo | 35.46 | 28.50 | -1.477 | 0.140 |
| Funcionamento social | 34.92 | 29.50 | -1.144 | 0.253 |
| Fadiga | 33.69 | 31.74 | -0.403 | 0.931 |
| Náuseas e vômitos | 34.93 | 29.48 | -1.386 | 0.166 |
| Dor | 35.26 | 28.87 | -1.333 | 0.182 |
| Dispneia | 34.21 | 30.78 | -1.302 | 0.193 |
| Insónia | 33.37 | 32.33 | -0.222 | 0.825 |
| Perda de apetite | 33.07 | 32.87 | -0.053 | 0.958 |
| Obstipação | 34.43 | 30.39 | -1.029 | 0.304 |
| Diarreia | 33.13 | 32.76 | -0.163 | 0.870 |
| Dificuldades financeiras | 33.20 | 32.63 | -0.123 | 0.902 |
| Imagem corporal | 32.60 | 33.74 | -0.237 | 0.812 |
| Função sexual | 33.87 | 31.41 | -0.547 | 0.585 |
| Prazer sexual | 13.68 | 10.85 | -1.088 | 0.277 |
| Perspetivas futuras | 33.56 | 31.98 | -0.340 | 0.734 |
| Efeitos colaterais | 33.29 | 32.94 | -0.165 | 0.869 |
| Sintomas da mama | 32.94 | 33.11 | -0.035 | 0.972 |
| Sintomas do braço | 32.95 | 33.09 | -0.028 | 0.978 |
| Perda de cabelo | 15.62 | 14.13 | -0.488 | 0.626 |

Na tabela 25 podemos aferir pelos valores de p que a existência de complicações pós operatórias apresenta diferenças estatísticas significativas para a todas as escalas funcionais gerais avaliadas, o que nos leva a concluir que a capacidade funcional física, ocupacional, emocional, cognitiva e social são afetadas pelas complicações pós operatórias, condicionando assim para uma pior QV. O mesmo acontece com o estado de saúde global, no qual se verifica diferença estatística significativa, o que significa que este é condicionado pelas complicações pós operatórias piorando assim a QV.

No que diz respeito à sintomatologia, com exceção da dispneia, obstipação e diarreia também encontramos diferenças estatísticas relevantes, pelo que podemos aferir que as complicações pós operatórias condicionam a sintomatologia, piorando assim a QV. Já no funcionamento específico para o cancro da mama, não se visualizam diferenças estatísticas,

com exceção da imagem corporal que apresenta uma significância marginal, pelo que as complicações pós operatórias não condicionam a função e prazer sexual e as perspectivas futuras, mas condicionam a imagem corporal. No entanto, para a sintomatologia específica do cancro da mama, já se visualizam diferenças estatísticas significativas, com exceção da perda de cabelo. Concluímos assim que as complicações pós operatórias condicionam os efeitos colaterais e os sintomas da mama e do braço piorando assim a QV.

Tabela 25 – Teste de U Mann - Whitney entre existência de complicações pós operatórias e a avaliação funcional e sintomática geral e específica para o cancro da mama

| Complicações pós operatórias Escala funcional e sintomática | Sim | Não | Z | P |
|--|-----------------|-----------------|--------|-------|
| | Ordenação Média | Ordenação Média | | |
| Estado saúde global | 26.57 | 36.29 | -1.995 | 0.046 |
| Funcionamento físico | 44.02 | 27.36 | -3.412 | 0.001 |
| Funcionamento ocupacional | 39.84 | 29.50 | -2.241 | 0.025 |
| Funcionamento emocional | 39.20 | 29.83 | -1.908 | 0.056 |
| Funcionamento cognitivo | 43.18 | 27.79 | -3.230 | 0.001 |
| Funcionamento social | 40.95 | 28.93 | -2.514 | 0.012 |
| Fadiga | 44.82 | 26.95 | -3.647 | 0.000 |
| Náuseas e vômitos | 40.80 | 28.93 | -2.966 | 0.003 |
| Dor | 45.20 | 26.76 | -3.808 | 0.000 |
| Dispneia | 35.05 | 31.95 | -1.161 | 0.246 |
| Insónia | 40.11 | 29.36 | -2.261 | 0.024 |
| Perda de apetite | 38.82 | 30.02 | -2.265 | 0.024 |
| Obstipação | 37.32 | 30.79 | -1.646 | 0.100 |
| Diarreia | 32.41 | 33.30 | -0.390 | 0.696 |
| Dificuldades financeiras | 38.91 | 29.98 | -1.896 | 0.058 |
| Imagem corporal | 38.41 | 30.23 | -1.678 | 0.093 |
| Função sexual | 32.02 | 33.50 | -0.325 | 0.745 |
| Prazer sexual | 9.75 | 13.88 | -1.517 | 0.129 |
| Perspetivas futuras | 33.61 | 32.69 | -0.197 | 0.844 |
| Efeitos colaterais | 41.20 | 28.80 | -2.516 | 0.012 |
| Sintomas da mama | 43.66 | 27.55 | -3.294 | 0.001 |
| Sintomas do braço | 46.20 | 26.24 | -4.099 | 0.000 |
| Perda de cabelo | 18.07 | 14.02 | -1.149 | 0.250 |

Para analisar a relação entre a existência de fatores de risco e a ocorrência de complicações pós operatórias, realizamos um teste de qui quadrado, que é apresentado na tabela 26. Os resultados evidenciam que a maior percentagem (77.3%) não apresenta fatores de risco e também não apresenta complicações pós operatórias. Inferimos também

que 58.1% das mulheres que apresentaram complicações pós operatórias não apresentam fatores de risco associados para a ocorrência de cancro da mama. 41.9% das mulheres com fatores de risco para o desenvolvimento de cancro da mama apresentou complicações pós operatórias.

Pelo teste de qui quadrado ($\chi^2 = 2.330$; $p = 0.127$) verificamos que não existem diferenças estatísticas significativas, o que nos leva a concluir que a existência de fatores de risco para a ocorrência de cancro da mama não influencia o aparecimento de complicações pós operatórias.

Tabela 26 - Distribuição das inquiridas segundo existência de complicações pós operatórias e fatores de risco

| Complicações Fatores de risco | Não | | Sim | | Total | | Resíduos | |
|----------------------------------|-----|------|-------|------|-------|------|----------|------|
| | M | % | Média | % | N | % | Não | Sim |
| Não | 17 | 77.3 | 25 | 58.1 | 42 | 64.6 | 1.5 | -1.5 |
| Sim | 5 | 22.7 | 18 | 41.9 | 23 | 35.4 | -1.5 | 1.5 |
| Total | 22 | 100 | 43 | 100 | 65 | 100 | | |

Procuramos analisar a relação entre a idade e o estado de saúde global, para isso realizamos um teste de qui quadrado que apresentamos os resultados na tabela 27. A maior percentagem de mulheres 47.7% tem uma QV considerada moderada/intermédia, seguida das mulheres que consideram ter boa QV (27.7%) e finalmente as mulheres que assumem ter fraca QV (24.6%). Analisando os dados em função da idade aferimos que independentemente da idade as mulheres consideram ter uma QV moderada ou intermédia. Pelo teste de qui quadrado ($\chi^2 = 5.432$; $p = 0.246$) percebemos que não existem diferenças significativas entre o a idade e o estado de saúde global o que é comprovado pelos resíduos ajustados, face ao exposto assumimos que a idade não interfere com o estado de saúde global (tabela 27).

Tabela 27 - Distribuição da amostra segundo a idade e o estado de saúde global

| Idade | <50 anos | | 50-60 anos | | >60 anos | | Total | | Residuais | | |
|-------------------------|----------|------|------------|------|----------|------|-------|------|-----------|------|------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % | 1 | 2 | 3 |
| Fraca | 8 | 36.4 | 6 | 30.0 | 2 | 8.7 | 16 | 24.6 | 1.6 | 0.7 | -2.2 |
| Moderada/ intermédia | 9 | 40.9 | 8 | 40.0 | 14 | 60.9 | 31 | 47.7 | -0.8 | -0.8 | 1.6 |
| Boa | 5 | 22.7 | 6 | 30.0 | 7 | 30.4 | 18 | 27.7 | -0.6 | 0.3 | 0.4 |
| Total | 22 | 100 | 20 | 100 | 23 | 100 | 65 | 100 | | | |

Ao avaliarmos a tabela 28 verificamos que 47.7% das mulheres consideram o seu estado de saúde global como moderado/intermédio, sendo a maior percentagem de mulheres sem companheiro (52.9%). Ao realizar o teste qui quadrado ($\chi^2 = 0.288$; $p = 0.866$) aferimos que não existem diferenças significativas entre o estado civil e o estado de saúde global, também comprovado pelos valores de resíduos ajustados.

Tabela 28 - Distribuição da amostra segundo o estado civil e o estado de saúde global

| Estado civil | Casada/união de fato | | Solteira/divorciada/viúva | | Total | | Resíduos | |
|-------------------------|----------------------|------|---------------------------|------|-------|------|----------|------|
| | N | % | N | % | N | % | 1 | 2 |
| Fraca | 12 | 25.0 | 4 | 23.5 | 16 | 24.6 | 0.1 | -0.1 |
| Moderada/ intermédia | 22 | 45.8 | 9 | 52.9 | 31 | 47.7 | -0.5 | 0.5 |
| Boa | 14 | 29.2 | 4 | 23.5 | 18 | 27.7 | 0.4 | -0.4 |
| Total | 48 | 100 | 17 | 100 | 65 | 100 | | |

Analisando o estado de saúde global em função da dor notamos que, a maior percentagem das mulheres refere um estado global de saúde moderada/intermédia (47.7%). Destas as que se apresentam sem dor são os que apresentam maior valor percentual (54.2). Com percentagem (34.1%) encontramos o grupo de mulheres que referem bom estado de saúde global mas estas referem ter dor.

O teste de qui quadrado e os valores residuais encontrados permitem-nos afirmar que não existem diferenças significativas ($\chi^2 = 2.325$; $p = 0.313$) (cf. tabela 29).

Tabela 29 - Distribuição da amostra segundo a dor e o estado de saúde global

| Estado de saúde global | Dor | | Sem dor | | Com dor | | Total | | Resíduos | |
|-------------------------|-----|------|---------|------|---------|------|-------|------|----------|---|
| | N | % | N | % | N | % | N | % | 1 | 2 |
| Fraca | 7 | 29.2 | 9 | 22.0 | 16 | 24.6 | 0.7 | -0.7 | | |
| Moderada/ intermédia | 13 | 54.2 | 18 | 43.9 | 31 | 47.7 | 0.8 | -0.8 | | |
| Boa | 4 | 16.7 | 14 | 34.1 | 18 | 27.7 | -1.5 | 1.5 | | |
| Total | 24 | 100 | 41 | 100 | 65 | 100 | | | | |

Procuramos analisar a relação entre o tipo de cirurgia e o estado global de saúde, realizamos para isso um teste de qui quadrado que apresentamos na tabela 30. Fica evidenciado que 47.7% das mulheres, sendo a maior percentagem referem um estado global de saúde moderada/intermédia. Sendo que 85,7% das mulheres submetidas a tumorectomia referem um bom estado de saúde global e 29.5% das mulheres submetidas a mastectomia referem um fraco estado de saúde geral. Estatisticamente observamos que ($X^2=53.855$; $p=0.00$) existem diferenças estatísticas entre o tipo de cirurgia e o estado de saúde global o que também é comprovado pelos valores residuais, logo concluímos que o tipo de cirurgia realizada influencia o estado geral da saúde e logo a QV.

Tabela 30 - Distribuição da amostra segundo o tipo de cirurgia e o estado de saúde global

| Estado de saúde global | Tipo cirurgia | | Mastectomia | | Tumorectomia | | Total | | Resíduos | |
|-------------------------|---------------|-------|-------------|-------|--------------|-------|-------|------|----------|---|
| | N | % | N | % | N | % | N | % | 1 | 2 |
| Fraca | 13 | 29.5 | 3 | 14.3 | 16 | 24.6 | 1.3 | -1.3 | | |
| Moderada/ intermédia | 31 | 70.5 | 0 | 0.0 | 31 | 47.7 | 5.3 | -5.3 | | |
| Boa | 0 | 0.0 | 18 | 85.7 | 18 | 27.7 | -7.2 | 7.2 | | |
| Total | 44 | 100.0 | 21 | 100.0 | 65 | 100.0 | | | | |

Na tabela 31 realizamos a comparação entre o estado funcional das mulheres submetidas a cirurgia da mama com o grupo etário. Verificamos que a maior percentagem

se encontra para a funcionalidade moderada (47.7%), sendo que as mulheres com menos de 50 anos são as que correspondem a maior percentagem da funcionalidade moderada (50.0%). Pelo teste qui quadrado ($X^2=1.385$; $p=0.847$) podemos inferir que não existem diferenças estatisticamente significativas entre o grupo etário e o estado funcional das mulheres submetidas a cirurgia da mama, este resultado é também confirmado pelos valores residuais encontrados.

Tabela 31 - Distribuição da amostra segundo grupo etário e o estado funcional

| Grupo etário | <50 anos | | 50-60 anos | | >60 anos | | Total | | Resíduos | | |
|-------------------------|----------|-------|------------|-------|----------|-------|-------|------|----------|------|------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % | 1 | 2 | 3 |
| Pouco funcional | 5 | 22.7 | 7 | 35.0 | 5 | 21.7 | 17 | 26.2 | -0.4 | 1.1 | -0.6 |
| Moderadamente funcional | 11 | 50.0 | 9 | 45.0 | 11 | 47.8 | 31 | 47.7 | 0.3 | -0.3 | 0.0 |
| Muito funcional | 6 | 27.3 | 4 | 20.0 | 7 | 30.4 | 17 | 26.2 | 0.1 | -0.8 | 0.6 |
| Total | 22 | 100.0 | 20 | 100.0 | 23 | 100.0 | 65 | 100 | | | |

Ao avaliarmos a tabela 32 verificamos que 47.7% das mulheres consideram o seu estado de funcionalidade como moderadamente funcional, sendo a maior percentagem de mulheres sem companheiro (52.9%). Ao realizar o teste qui quadrado ($x^2= 0.254$; $p = 0.881$) aferimos que não existem diferenças significativas entre o estado civil e o estado de funcionalidade, também comprovado pelos valores de resíduos ajustados.

Tabela 32 - Distribuição da amostra segundo o estado civil e o estado funcional

| Estado civil | Casada/união de fato | | Solteira/divorciada/viúva | | Total | | Resíduos | |
|-------------------------|----------------------|------|---------------------------|------|-------|------|----------|------|
| | N | % | N | % | N | % | 1 | 2 |
| Pouco funcional | 13 | 27.1 | 4 | 23.5 | 17 | 26.2 | 0.3 | -0.3 |
| Moderadamente funcional | 22 | 45.8 | 9 | 52.9 | 31 | 47.7 | -0.5 | 0.5 |
| Muito funcional | 13 | 27.1 | 4 | 23.5 | 17 | 26.2 | 0.3 | -0.3 |
| Total | 48 | 100 | 17 | 100 | 65 | 100 | | |

Analisando o estado de funcionalidade em função da dor notamos que, a maior percentagem das mulheres refere uma funcionalidade moderada (47.7%). Destas as que se apresentam sem dor são os que apresentam maior valor percentual (50.0%). Com percentagem (41.7%) encontramos o grupo de mulheres que referem bom estado funcional e sem apresentar dor.

O teste de qui quadrado encontrados permitem-nos afirmar que existem diferenças significativas ($X^2=8.163$; $p=0.017$) entre o estado funcional e a ocorrência de dor e os valores residuais situam-nas entre as mulheres com dor pouco funcionais e as mulheres sem dor muito funcionais (tabela 33).

Tabela 33 - Distribuição da amostra segundo a dor e o estado funcional

| Estado funcional | Dor | | Sem dor | | Com dor | | Total | | Resíduos | |
|-------------------------|-----|------|---------|------|---------|------|-------|------|----------|---|
| | N | % | N | % | N | % | N | % | 1 | 2 |
| Pouco funcional | 2 | 8.3 | 15 | 36.6 | 17 | 26.2 | -2.5 | 2.5 | | |
| Moderadamente funcional | 12 | 50.0 | 19 | 46.3 | 31 | 47.7 | 0.3 | -0.3 | | |
| Muito funcional | 10 | 41.7 | 7 | 17.1 | 17 | 26.2 | 2.2 | -2.2 | | |
| Total | 24 | 100 | 41 | 100 | 65 | 100 | | | | |

Procuramos analisar a relação entre o tipo de cirurgia e o estado funcional da mulher, realizamos para isso um teste de qui quadrado que apresentamos na tabela 34. Fica evidenciado que 47.7% das mulheres, sendo a maior percentagem referem um estado funcional moderadamente funcional. Sendo que 50.0% das mulheres submetidas a mastectomia referem um moderado estado funcional e 47.6% das mulheres submetidas a tumorectomia referem um estado pouco funcional. Estatisticamente observamos que ($X^2=8.898$; $p=0.012$) existem diferenças estatísticas entre o tipo de cirurgia e o estado de funcionalidade o que também é comprovado pelos valores residuais que situam os valores entre as mulheres submetidas a tumorectomia como pouco funcionais, logo concluímos que o tipo de cirurgia realizada influencia a funcionalidade da mulher e logo a QV.

Tabela 34 - Distribuição da amostra segundo o tipo de cirurgia e o estado funcional

| Tipo cirurgia | Mastectomia | | Tumorectomia | | Total | | Resíduos | |
|-------------------------|-------------|-------|--------------|-------|-------|-------|----------|------|
| | N | % | N | % | N | % | 1 | 2 |
| Pouco funcional | 7 | 15.9 | 10 | 47.6 | 17 | 26.2 | -2.7 | 2.7 |
| Moderadamente funcional | 22 | 50.0 | 9 | 42.9 | 31 | 47.7 | 0.5 | -0.5 |
| Muito funcional | 15 | 34.1 | 2 | 9.5 | 17 | 26.2 | 2.1 | -2.1 |
| Total | 44 | 100.0 | 21 | 100.0 | 65 | 100.0 | | |

Na tabela 35 realizamos a comparação entre a sintomatologia das mulheres submetidas a cirurgia da mama com o grupo etário. Verificamos que a maior percentagem se encontra para a sintomatologia moderada (49.2%), sendo que as mulheres com 50-60 anos são as que correspondem a maior percentagem de sintomas (55.0%).

Pelo teste qui quadrado ($\chi^2=1.605$; $p=0.808$) podemos inferir que não existem diferenças estatisticamente significativas entre o grupo etário e a sintomatologia das mulheres submetidas a cirurgia da mama, este resultado é também confirmado pelos valores residuais encontrados.

Tabela 35 - Distribuição da amostra segundo a idade e a sintomatologia

| Idade | <50 anos | | 50-60 anos | | >60 anos | | Total | | Residuais | | |
|----------|----------|------|------------|------|----------|------|-------|------|-----------|------|------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % | 1 | 2 | 3 |
| Baixa | 4 | 18.2 | 5 | 25.0 | 6 | 26.1 | 15 | 23.1 | -0.7 | 0.2 | 0.4 |
| Moderada | 10 | 45.5 | 11 | 55.0 | 11 | 47.8 | 32 | 49.2 | -0.4 | 0.6 | -0.2 |
| Elevada | 8 | 36.4 | 4 | 20.0 | 6 | 26.1 | 18 | 27.7 | 1.1 | -0.9 | -0.2 |
| Total | 22 | 100 | 20 | 100 | 23 | 100 | 65 | 100 | | | |

Ao avaliarmos a tabela 36 verificamos que 49.2% das mulheres consideram ter sintomatologia moderada, sendo a maior percentagem de mulheres sem companheiro (52.9%). Ao realizar o teste qui quadrado ($\chi^2= 0.210$; $p = 0.900$) aferimos que não existem diferenças significativas entre o estado civil e a sintomatologia, também comprovado pelos valores de resíduos ajustados.

Tabela 36 - Distribuição da amostra segundo o estado civil e a sintomatologia

| Estado civil | Casada/união de fato | | Solteira/divorciada/viúva | | Total | | Resíduos | |
|--------------|----------------------|------|---------------------------|------|-------|------|----------|-----|
| | N | % | N | % | N | % | 1 | 2 |
| Baixa | 11 | 22.9 | 4 | 23.5 | 15 | 23.1 | -0.1 | 0.1 |
| Moderada | 23 | 47.9 | 9 | 52.9 | 32 | 49.2 | -0.4 | 0.4 |
| Elevada | 14 | 29.2 | 4 | 23.5 | 18 | 27.7 | -0.4 | 0.4 |
| Total | 48 | 100 | 17 | 100 | 65 | 100 | | |

Analisando a sintomatologia em função da dor notamos que, a maior percentagem das mulheres refere uma sintomatologia moderada (49.2%). Destas as que se apresentam com dor são os que apresentam maior valor percentual (51.2%). Com percentagem (8.3%) encontramos o grupo de mulheres que referem baixa sintomatologia, sem apresentar dor.

O teste de qui quadrado encontrado permitem-nos afirmar que existem diferenças significativas ($X^2=8.195$; $p=0.017$) entre a sintomatologia e a ocorrência de dor e os valores residuais situam-nas entre as mulheres com dor com baixa sintomatologia e as mulheres com dor com elevada sintomatologia (tabela 37).

Tabela 37 - Distribuição da amostra segundo a dor e a sintomatologia

| Dor | Sem dor | | Com dor | | Total | | Resíduos | |
|----------|---------|------|---------|------|-------|------|----------|------|
| | N | % | N | % | N | % | 1 | 2 |
| Baixa | 2 | 8.3 | 13 | 31.7 | 15 | 23.1 | -2.2 | 2.2 |
| Moderada | 11 | 45.8 | 21 | 51.2 | 32 | 49.2 | -0.4 | 0.4 |
| Elevada | 11 | 45.8 | 7 | 17.1 | 18 | 27.7 | 2.5 | -2.5 |
| Total | 24 | 100 | 41 | 100 | 65 | 100 | | |

Procuramos analisar a relação entre o tipo de cirurgia e a sintomatologia da mulher, realizamos para isso um teste de qui quadrado que apresentamos na tabela 38. Fica evidenciado que 49.2% das mulheres, sendo a maior percentagem referem uma sintomatologia moderada. Sendo que 50.0% das mulheres submetidas a mastectomia referem uma moderada sintomatologia e 47.6% das mulheres submetidas a tumorectomia também. Estatisticamente observamos que ($X^2=5.062$; $p=0.080$) não existem diferenças

estatísticas entre o tipo de cirurgia e a sintomatologia o que também é comprovado pelos valores residuais, logo concluímos que o tipo de cirurgia realizada não influencia a sintomatologia da mulher e logo a QV.

Tabela 38 - Distribuição da amostra segundo o tipo de cirurgia e a sintomatologia

| Tipo cirurgia Sintomatologia | Mastectomia | | Tumorectomia | | Total | | Resíduos | |
|---------------------------------|-------------|-------|--------------|-------|-------|-------|----------|------|
| | N | % | N | % | N | % | 1 | 2 |
| Baixa | 7 | 15.9 | 8 | 38.1 | 15 | 23.1 | -2.7 | 2.7 |
| Moderada | 22 | 50.0 | 10 | 47.6 | 32 | 49.2 | 0.5 | -0.5 |
| Elevada | 15 | 34.1 | 3 | 14.3 | 18 | 27.7 | 2.1 | -2.1 |
| Total | 44 | 100.0 | 21 | 100.0 | 65 | 100.0 | | |

3ª PARTE

DISCUSSÃO DE RESULTADOS

1 – Discussão de Resultados

A amostra deste estudo é constituída por 65 mulheres que foram submetidas a cirurgia mamária. Na população deste estudo verificamos que a média de idade que prevalece é de 55.58 anos com um desvio padrão de 12.49. Sendo que a classe etária que prevalece é acima dos 60 anos (35.4%). Este resultado vai de encontro ao que é considerado fator de risco para a possibilidade de carcinoma da mama para mulheres com idades superiores a 60 anos conforme refere a LPPC. A American Cancer Society (2017) refere que a idade é um fator de risco não controlável e aumenta em mulheres com idades superiores a 55 anos, tal como no nosso estudo.

Já no estudo realizado por Garcia et al. (2017, p. 4) em 48 mulheres com cancro da mama a realizar quimioterapia, estes concluíram que a média de idade das mulheres acometidas pela doença era de 46 anos. O nosso resultado vai de encontro ao estudo realizado por Gomes et al. (2015, p. 122), no qual foram entrevistadas 37 mulheres submetidas a cirurgia oncológica da mama, no qual a média de idades era de 56,11 anos.

No estudo efetuado verificamos que não existem diferenças estatísticas significativas entre o grupo etário e o estado de saúde global ($p=0.246$), o estado funcional ($p= 0.847$) e para a sintomatologia ($p=0.808$). Confirmamos pelo teste de Kruskal-Wallis que a idade apenas interfere na função sexual e sintomas da mama da escala EORTC-QLQ-C30/ BR23.

Os resultados obtidos não vão de encontro ao estudo de Gomes et al. (2015, p. 122) no qual foram entrevistadas 37 mulheres e no qual concluíram que as mulheres mais velhas apresentam melhor QV, por se sentirem mais seguras, apresentarem mais resiliência e as questões subjetivas e se encontrarem resolvidas. Tal como no estudo de Duarte (2013) que refere que quanto mais jovem é a mulher com diagnóstico de cancro da mama e em tratamento, tanto maior é a sua QV, quer global, quer a percecionada na função sexual como na preocupação com a queda de cabelo. Já kaminska, et al. (2015, p. 725) tal como no nosso estudo, concluiu que a única diferença significativa observada foi a maior interferência da idade na função sexual no grupo de pacientes com idade entre 45 e 70 anos.

Quanto ao estado civil, a maioria das mulheres incluídas no estudo são casadas ou vivem em união de fato (73.8%) enquanto 26.2% não têm companheiro, integrando este

grupo as solteiras, divorciadas e as viúvas. Este resultado é confirmado pelos censos 2011 (Instituto Nacional de Estatística, 2012) que refere que em Portugal cerca de 47% da população é casada. Este resultado é também semelhante ao encontrado no estudo de Garcia et al. (2017, p. 4) no qual 66,5% das mulheres da amostra eram casadas. Já no estudo de Gomes et al. (2015, p. 122) 65.1% das mulheres entrevistadas não possuíam uma união estável.

Segundo Kaminska et al. citado por Alves et al. (2018, p. 4) afirmam que os problemas psicológicos causados pela retirada da mama, são de extrema significância tanto para a mulher como para a família, mas principalmente para o parceiro, visto a mama ser um dos atributos de feminilidade e a sua perda é uma vivência traumática.

Sendo o cancro uma doença que afeta toda a família seria de esperar que o apoio familiar fosse uma mais-valia para a melhoria da QV, pelo que, o companheiro seria um apoio para as doentes com cancro da mama, melhorando assim a sua QV, o que não é demonstrado pela nossa amostra.

No que diz respeito ao estado civil o nosso estudo revelou que existe significância estatística para a função sexual, ao funcionamento ocupacional e para a fadiga após a realização do teste de U Mann-Whitney. Aferimos também que quando estudada a relação entre o estado civil e o estado global de saúde, o estado funcional e a sintomatologia não existem diferenças estatísticas significativas ($p=0.866$, $p=0.881$, $p=0.900$, respetivamente), o que nos leva a inferir que o estado civil não interfere com a QV.

Da amostra apresentada pelo nosso estudo verificamos que 61.5% da amostra reside em meio rural e 38.5% em meio urbano. Este resultado era o esperado visto que Viseu sendo um distrito do interior da Beira Alta a maioria da população se encontra no meio rural.

Quanto às habilitações literárias, a nossa amostra é repartida sendo que, 35.4% das mulheres possuem estudos até ao 1º ciclo, 33.8% têm estudos entre o 2º e o 3º ciclo e 30.8% é detentora do ensino secundário e ensino superior. Em 2011, no total da população residente em Portugal havia cerca de 12% com curso superior, sendo a maioria era do sexo feminino (61%) (INE, 2012). Segundo Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) (2015), em Portugal, **47% dos adultos com idades entre 25 e 64 anos concluíram o ensino médio.**

Também no estudo de Faria et al. (2016, p. 205) constituído por 80 mulheres submetidas a mastectomia a maioria não tinha o ensino fundamental completo, à semelhança do nosso estudo.

Na análise estatística do nosso estudo, concluímos que as habilitações literárias influenciam a QV no que respeita à função sexual, prazer sexual e sintomas do braço.

Na amostra em questão estamos perante mulheres maioritariamente do meio rural e com idades superiores a 60 anos, pelo que tal como os resultados obtidos, os estudos serem menos avançados seria o resultado espectável. Da mesma forma a amostra em questão apresenta uma maioria de mulheres pertencentes ao grupo de trabalhadores não qualificados (27.7%), sendo estas domésticas, o que apoia os resultados obtidos.

O rendimento mensal médio do agregado familiar, para o maior grupo percentual situa-se entre os 500 e os 1000€ (35.4%). Em estudos semelhantes como no de Garcia et al. (2017, p. 4), estes concluíram que a maioria das famílias têm um rendimento em média de 12 salários mínimos e no estudo de Gomes et al. (2015, p. 122) têm uma renda mensal familiar correspondente a 3-4 salários mínimos, o que são rendimentos bastante superiores aos da nossa amostra. Também para os mesmos autores (2015, p. 124) mulheres com melhor condição social apresentam uma recuperação mais rápida e têm capacidade de enfrentar melhor os problemas decorrentes do tratamento, ao contrário das mulheres de classes económicas mais baixas o que pode ser indicativo da maior facilidade de recorrer a apoio social e psíquico por parte das mulheres com mais rendimentos.

O resultado do nosso estudo deve-se provavelmente ao fato de grande percentagem da nossa amostra (27.7%) ser doméstica e 16.9% serem reformadas.

A caracterização clínica da nossa amostra demonstra que 67.7% das mulheres foram submetidas a mastectomia, sendo que destas 44.6% realizou esvaziamento axilar, e 32.3% foi submetida a tumorectomia, destas 13.8% realizou esvaziamento axilar. Com a realização da mastectomia é removida a totalidade da mama, enquanto a tumorectomia remove apenas a região da mama onde se encontra o tumor, com as margens de segurança necessárias.

Segundo a Breast Cancer Care (2019) a escolha da cirurgia depende do tipo de cancro, do tamanho do tumor, da sua localização, da quantidade de tecido circundante que é necessário remover como margem de segurança, do resultado estético final, existência ou não de gânglios linfáticos afetados, e da existência de tumores anteriores. No entanto estudos demonstram que neste momento e a longo prazo, a cirurgia conservadora tem tanto êxito como a mastectomia. Em caso de cancro invasivo, realiza-se remoção dos gânglios linfáticos da axila.

A cirurgia da mama acarreta consequências físicas, influenciando negativamente a QV, sendo que em comparação a mastectomia com a tumorectomia, a cirurgia radical pode

estar associada a maiores prejuízos na QV, imagem corporal e no desencadeamento de linfedema (Boing, et al., 2017, p. 367).

No estudo de Faria et al. (2016, p. 205) constituído por 80 mulheres submetidas a mastectomia, concluíram que com o aumento do tempo pós cirúrgico a mulher reconhece um progressivo aumento na sua QV relacionada com a saúde. Segundo estes autores fatores que influenciam a QV tendem a diminuir com o passar do tempo, o que promove a redução do sofrimento físico e psicológico na maioria das mulheres, a aceitação da doença e a condução do tratamento dependem de fatores como o equilíbrio emocional, a autoestima e as sólidas redes de apoio.

A escolha do tipo de cirurgia é uma altura de extrema importância para a mulher porque interfere com a sua auto imagem, e auto conceito. Por este motivo a discussão com o médico e equipa de enfermagem é muito importante na preparação pré operatória e na recuperação pós operatória. Visto que, por experiência, a reação das utentes ao primeiro impacto pós cirúrgico, a primeira vez que observam sua imagem, é um momento extremamente difícil e que necessita de apoio imediato. A equipa de enfermagem sendo a que realiza o tratamento da ferida cirúrgica encontra-se em posição privilegiada para este apoio o que permite uma melhoria na QV da mulher com uma melhor e mais fácil aceitação e ao mesmo tempo reconhecendo as necessidades sentidas pelas mulheres, conseguir melhorar os cuidados prestados.

Garcia, et al. (2017, p. 8) referem ainda que o enfermeiro por ser o profissional inerente à prestação de cuidados, deve estabelecer uma relação afetiva e consciente com as utentes, para conseguir auxiliar na gestão da tensão causada pela doença e a cirurgia, apoiar na convivência com as pessoas e gestão familiar e ajustar-se ao que não pode ser mudado, criando um impacto positivo no seu modo de viver.

No estudo que realizamos, conseguimos concluir que o tipo de cirurgia interfere na QV no que diz respeito às insónias, imagem corporal, funcionamento emocional, dificuldades financeiras, perspetivas futuras e sintomas do braço. Ao comparar o tipo de cirurgia com o estado de saúde global observamos que ($p=0.00$) existem diferenças estatísticas e concluímos que o tipo de cirurgia realizada influencia o estado geral da saúde e logo a QV, o mesmo acontecendo para a funcionalidade ($p=0.012$) ao contrário da sintomatologia ($p=0.080$) que nos indica que o tipo de cirurgia não influencia a sintomatologia. Assim, afirmamos que as mulheres submetidas a mastectomia referem um estado de saúde global moderado/ intermédio na sua maioria (70.5%), enquanto as mulheres submetidas a tumorectomia referem um bom estado de saúde global (85.7%).

No entender de Guimarães et al (2014, p. 1126) que realizou um estudo a 25 mulheres mastectomizadas, estes concluíram que a QV era considerada intermédia, demonstrando que a capacidade das participantes para compensar os seus desgostos e deceções estava prejudicada pela própria cirurgia, que também fomenta sentimentos como tristeza, nervosismo e irritabilidade. Este estudo vai de encontro aos resultados por obtidos no nosso estudo em que 47.7% das mulheres referem um estado global de saúde moderada/intermédia.

Já no estudo de Boing et al. (2017, p. 370) num estudo realizado a 172 mulheres submetidas a cirurgia da mama, estes concluíram que as mulheres submetidas a mastectomia radical apresentam piores escores de QV e imagem corporal, o que implica que estas sejam alvo de maior atenção por parte dos profissionais de saúde.

A maioria das mulheres do nosso estudo realizou mais que um tratamento adjuvante (61.5%), associando radioterapia, quimioterapia e hormonoterapia. Este resultado e tendo em conta que o tratamento do cancro da mama tendo em conta as orientações da DGS (2013) o tratamento adjuvante sistémico encontra-se recomendado quando se perspetiva uma redução relevante do risco de morte e deve ter em consideração as características biológicas do tumor, o estadiamento, as comorbilidades e também as preferências da utente.

Estatisticamente inferimos que o tratamento adjuvante condiciona marginalmente o prazer sexual. Sendo que a QV em relação ao funcionamento físico e emocional apresentam maiores valores para as mulheres que não são submetidas a qualquer tipo de tratamento adjuvante após a cirurgia.

No estudo realizado por Garcia et al. (2017, p. 4) em 48 mulheres com cancro da mama a realizar quimioterapia e que utilizou o questionário QLQ C30, 70% das mulheres referem uma boa QV em todas as etapas do tratamento, no entanto observa-se um *deficit* nas funções físicas e sociais com diminuição dos valores médios nestas categorias. Estes autores encontraram ainda aumento da sintomatologia no que diz respeito à fadiga, náuseas e vômitos ao longo do tratamento, comprometendo assim a QV das doentes. É então de suma importância no parecer destes autores (2017, p. 8) que o enfermeiro estimule a realização de exercícios físicos diários a cada mulher submetida a mastectomia o que promove o combate à fadiga e a outros sintomas que podem comprometer o funcionamento diário e a QV.

No que diz respeito à dor no dia-a-dia após a mastectomia a maioria das mulheres refere que 63.1% refere que mantém dor local. Estes resultados são corroborados pelo

estudo de Vidotti, et al. (2013, p. 59) que refere que a dor no braço assim como a dor no local da cicatriz cirúrgica, leva a mulher a ter dificuldades em desempenhar algumas funções que realizariam sem dificuldade antes da ocorrência da cirurgia, prejudicando assim o seu bem-estar social. Também no estudo de Recchia, Prim, e Luz (2017, p. 117) é referenciado que a dor é frequente em 50% das mulheres após serem submetidas a cirurgia da mama, o que corrobora os nossos resultados.

No nosso estudo verificamos que existem diferenças significativas para a maioria das valências relativas à dor, o que nos leva a concluir que esta interfere com a todas as escalas de funcionamento global, com exceção do estado de saúde global, interfere também com a imagem corporal e prazer sexual e também com a vertente da sintomatologia com exceção da obstipação, diarreia e perda de cabelo. Ao comparar a dor com o estado global da saúde 47.7% da amostra refere uma saúde global moderada/ intermédia e verificamos que não existe diferença significativa ($p=0.313$) entre a dor e o estado global de saúde. Por outro lado verificamos que existem diferenças significativas ($p=0.017$) entre o estado funcional e a ocorrência de dor e entre a sintomatologia e a ocorrência de dor ($p=0.017$). Inferindo-se pois que a dor afeta a QV da mulher submetida a cirurgia da mama.

O estudo de Martins, et al. (2017, p. 417) ao contrapõe o resultado do nosso estudo ao concluir que a dor encontrada é de ligeira intensidade, com exceção do braço na qual a dor é moderada.

Na nossa amostra não verificamos grande diferença entre o lado dominante ser ou não o lado da cirurgia, sendo que 50.8% das entrevistadas foi operada ao seu lado dominante enquanto as restantes 49.2% foram submetidas a cirurgia do lado não dominante. Este resultado foi semelhante aos encontrados por Martins, et al. (2017, p. 417) que esperavam encontrar limitações funcionais mais intensas caso a cirurgia fosse realizada no lado dominante, no entanto a homogeneidade dos grupos avaliados não permitiu essa constatação.

Quando a cirurgia ocorre do lado dominante os cuidados devem permanecer durante toda a vida, devido à possibilidade de complicações como o linfedema, que podem provocar incómodo físico e emocional, comprometendo assim a QV (Gomes, et al., 2015, p. 124).

Cerca de 52.3% das mulheres da nossa amostra refere que não tem história familiar de cancro da mama, sendo que 47.7% têm história familiar de cancro. Segundo a American Cancer Society (2017), oito em cada dez mulheres não tem história familiar de cancro na família, mas as que têm um familiar direto com história de cancro apresenta um risco maior, ou seja, um familiar direto com cancro da mama quase que dobra o risco de uma mulher. De

forma geral, menos de 15% das mulheres com cancro da mama assumem ter um membro da família com essa patologia.

No que diz respeito a fatores de risco, 64.6% das mulheres da nossa amostra não apresenta qualquer fator de risco e apenas 35.6% das mesmas têm fatores de risco para o desenvolvimento de cancro da mama. Estes resultados não coadunam com os resultados do estudo de Garcia et al. (2017, p. 4) que referem que a maioria das mulheres apresentava fatores de risco sendo que 10,5% eram fumadoras, 12,5% consumiam bebidas alcoólicas moderadamente e 56,5% eram sedentárias. Segundo a LPCC (2017) a investigação tem demonstrado que há mulheres que apresentam um risco aumentado para cancro da mama, que se pensa estar associado a determinados fatores de risco que são fatores que aumentam a probabilidade de uma pessoa desenvolver cancro da mama.

As complicações pós operatórias ocorrem em 66.2% das mulheres enquanto 33.8% não tiveram qualquer problema. Para a DGS (2013) as complicações pós cirúrgicas são as que surgem durante a intervenção ou após a sua concretização, continuam a ser causa importante de morbidade e mortalidade. A dor é a complicação mais comum tal como já foi referenciado anteriormente as mulheres mantêm dor no pós-operatório. As alterações da sensibilidade do braço e dificuldades na mobilidade do mesmo são as mais comuns complicações apresentadas pelas mulheres da nossa amostra, o que pode ser justificado pelo fato de ser realizado esvaziamento axilar e à falta de mobilidade do braço no pós-operatório que é utilizado como prevenção do seroma e do hematoma.

No nosso estudo verifica-se que a existência de complicações pós operatórias apresenta diferenças estatísticas significativas para a todas as escalas funcionais gerais avaliadas, o que nos leva a concluir que a capacidade funcional física, ocupacional, emocional, cognitiva e social são afetadas pelas complicações pós operatórias, condicionando assim para uma pior QV. O mesmo acontece com o estado de saúde global, no qual se verifica diferença estatística significativa, o que significa que este é condicionado pelas complicações pós operatórias condicionando também a QV.

4ª PARTE
CONCLUSÃO

Conclusão

Sendo o cancro da mama e a cirurgia utilizada no tratamento de grande importância na vida das mulheres, a percepção da sua QV após serem submetidas a mastectomia, permite aos enfermeiros perceber e dimensionar as necessidades deste grupo de mulheres e tentar melhorar assim a sua QV, a sua vivência durante a doença e pós cirúrgica melhorando assim a sua prestação de cuidados e o apoio fornecido a estas utentes.

A maioria das mulheres diagnosticadas com cancro da mama passam por tratamento cirúrgico, e posteriormente por tratamentos adjuvantes o que cria alterações de natureza física e emocional, na própria e na família, o que condiciona a forma como percebe a sua QV. Por este motivo, manter a mulher informada sobre a sua real e verdadeira condição de saúde, explicando e expondo as opções de tratamento para que a mulher seja empoderada de conhecimento e possa ter uma palavra a dizer na opção e escolha do tratamento, diminui a sua ansiedade em relação ao seu estado, melhorando assim a sua QV.

O nosso estudo apresenta uma amostra constituída por 65 mulheres submetidas a cirurgia da mama, com uma média de idades de 55.58anos (desvio padrão 12.49), sendo a maioria casada/ união de fato (73.8%), 61.5% reside em meio rural. Em relação às habilitações literárias a nossa amostra é repartida sendo que, 35.4% das mulheres possuem estudos até ao 1º ciclo, 33.8% têm estudos entre o 2º e o 3º ciclo e 30.8% é detentora do ensino secundário e ensino superior, sendo o rendimento mais comum entre os 500-1000€ (35.4%).

A caracterização clínica demonstra que 67.7% das mulheres foram submetidas a mastectomia, 61.5% realiza tratamento adjuvante combinado, ou seja mais que um tipo de tratamento. A maioria das mulheres da amostra (61.3%) mantém dor no dia-a-dia, encontra-se repartida em relação ao lado operado, sendo que 50.8% foi operada à mama do lado dominante e 49.2% foram operadas do lado não dominante. O mesmo acontece para a ocorrência de história familiar de cancro da mama, 52.3% apresenta história familiar de cancro na família e 47.7% não têm história familiar de cancro. Ocorrem complicações pós operatórias em 66.2% das mulheres enquanto 33.8% não tiveram qualquer problema.

Após a realização da análise estatística inferencial concluímos que para a nossa amostra não existe relação nem diferenças estatísticas significativas entre o grupo etário e a QV, o mesmo acontecendo para o estado civil das mulheres.

Por outro lado o tipo de cirurgia apresenta diferenças estatísticas significativas, o que nos leva a concluir que a cirurgia condiciona a QV. Sendo que das mulheres da nossa amostra submetidas a mastectomia 70.5% referem um estado de saúde global moderado/intermédio, enquanto as mulheres submetidas a tumorectomia (85.7%) refere um bom estado de saúde global.

Em relação ao tratamento adjuvante concluímos que as mulheres que não realizam qualquer tipo de tratamento após o tratamento cirúrgico apresentam uma melhor QV, e que a realização de tratamentos adjuvantes interfere estatisticamente apenas com o prazer sexual.

Concluímos também que a permanência de dor após a cirurgia condiciona a QV tanto na vertente funcional como na vertente sintomatológica. A maioria das mulheres da nossa amostra refere uma saúde global moderada/ intermédia quando comparada com a dor. Inferimos assim que a dor afeta a QV da mulher submetida a cirurgia da mama.

Outra relação estatística significativa ocorre quando comparada a QV com as complicações pós operatórias, o que nos leva a concluir que as complicações pós operatórias condicionam a QV das mulheres submetidas a cirurgia da mama.

Em suma concluímos que as variáveis sociodemográficas em estudo na nossa amostra não condicionaram a QV das mulheres submetidas a cirurgia mamária. No entanto, as variáveis clínicas, tipo de cirurgia, dor e complicações pós operatórias, determinam a QV da mulher submetida a cirurgia mamária, provocando uma ideia de pior QV.

Pela revisão da literatura efetuada era de esperar que a idade, o estado civil e o rendimento familiar mensal médio interferissem com a QV destas mulheres. Os restantes resultados vão de encontro aos estudos anteriores analisados.

A perceção de que as mulheres submetidas a cirurgia da mama referem dor no dia-a-dia leva-nos a criar desafios na enfermagem que levem a uma diminuição da dor nestas mulheres sem necessitar de recurso a medicação. Em relação às complicações pós operatórias é de extrema importância que o enfermeiro esteja ciente do que pode acontecer e manter a utente informada e com capacidade de resolução de problemas que possam surgir. As complicações mais referenciadas pelas utentes são a dor, tal como já foi referido anteriormente e também alterações da sensibilidade e mobilidade do braço. Torna-se pois importante que mesmo o enfermeiro generalista tenha presentes os tipos de exercícios que

deve ensinar a estas utentes, de forma a diminuir este tipo de sintomatologia, diminuindo assim a sensação de perda de mobilidade e sensibilidade do braço, tendo sempre presente que para melhorar estes sintomas não podemos descurar a possibilidade de outros, como seja o linfedema.

Cabe ao enfermeiro, promover a diminuição do tempo de recuperação, promovendo o retorno às atividades de vida quotidianas, sociais e ocupacionais o mais rapidamente possível, para que exista uma recuperação da QV e de uma vida normal o mais rapidamente possível.

Face ao exposto seria importante criar um protocolo de acompanhamento das mulheres submetidas a cirurgia da mama no serviço de ginecologia após a data de alta, visto que apesar do esforço e de todos os ensinamentos realizados aquando da alta, a equipa de enfermagem perde contato com estas utentes posteriormente. Apesar do acompanhamento ser mantido pelo Hospital de Dia Ginecológico posteriormente quando é necessário, é no internamento que se cria uma relação empática e de confiança com as utentes pelo que me parece pertinente que este acompanhamento fosse realizado também pela equipa de enfermagem do internamento.

Por prática do serviço a intervenção de enfermagem tem início no pré-operatório com a realização da história clínica da utente, e realizando uma entrevista que nos permita perceber se a utente tem informação suficiente sobre a cirurgia a que vai ser submetida, as repercussões que dela advêm, se existem fatores de risco que possam indicar complicações pós-operatórias, dando também possibilidade e abertura para que a mulher possa expor os seus medos e dúvidas.

No pós-operatório o enfermeiro é de importância fulcral para o sucesso da cirurgia e recuperação física e psicológica destas utentes, por um lado por realizar os ensinamentos sobre cuidados com o local cirúrgico e manutenção da mobilidade do braço, realização de tratamentos eficazes ao local cirúrgico, por outro dando apoio emocional à utente que se observa pela primeira vez após a cirurgia castradora que é considerada a cirurgia da mama.

No final desta dissertação penso que foram atingidos os objetivos a que inicialmente nos propusemos. Encontramos dificuldades na elaboração do mesmo principalmente no que diz respeito ao contacto com as utentes e na aplicação dos questionários. Porque ao estarmos perante mulheres com uma média de idades mais elevada e que maioritariamente soa do meio rural muitas delas não tem interesse em participar em estudos deste género.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, G., Prado, P., Sene, T., Lima, F., Lima, M. & Mendes, I. (2018). Câncer De mama e as suas complicações clínicas e funcionais, revisão da literatura. Acedido em: www.inicepg.univap.br
- André, S. (2015). Caracterização e classificação de subtipos de cancro da mama (Cap. 1, pp. 1-6). Lisboa: Permanyer Portugal.
- Angelin, R., Figueiredo, T.; Correia, P., Bezerra, S.; Baptista, R., & Abrão, F. (2015). Avaliação da qualidade de vida por meio do WHOQOL: Análise Bibliométrica da Produção de Enfermagem. *Revista Baiana de Enfermagem*, 29(4), 400-410
- Atlanta, American Cancer Society. (2017). Breast cancer risk factors you cannot change. Acedido em <https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/risk-and-prevention/breast-cancer-risk-factors-you-cannot-change.html>
- Barbosa, J., Amorim, M., Zandonade, E., & Delapran, M. (2013). Avaliação da postura corporal em mulheres com câncer de mama. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 35(5), 215-220
- Bezerra, K.; Silva, D.; Chein, M.; Ferreira, P.; Maranhão, J.; Ribeiro, N., & Mochel, E. (2013). Qualidade de vida de mulheres tratadas de câncer de mama em uma cidade do nordeste do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(7), 1933-1941
- Boing, L., Araujo, C., Pereira, G., Moratelli, J., Benneti, M., Borgatto, A, Bergmann, A., & Guimarães, A., 2017. Tempo sentado, imagem corporal e qualidade de vida em mulheres após a cirurgia do câncer de mama. *Revista Brasileira Medicina Esporte*, 23(5), 366-370
- Brasil, Clínica de Mastologia (2016). O que é o cancro da mama. Acedido em: <http://clinicademastologia.com/2016/04/o-que-e-cancer-de-mama-2/>
- Cardoso, F. (2017). 100 Perguntas chave no cancro da mama (2ª ed.) Lisboa: Permanyer Portugal
- Cezar, K., & Nascimento, A. (2013). Qualidade de vida de pacientes pós-mastectomia em reabilitação oncológica. *UNOPAR*, 16 (1), 29-32

- Chow, E.; Merrick, J.; Thavarajah, N.; Pulenzas, N.; & Lechner, B. (2013). *Advanced cancer: managing symptoms and quality of life in cancer*. Hauppauge, N.Y.: Nova Science Publishers, Inc
- Cunha, D., & Relvas, A. (2017). *Qualidade de vida: versão reduzida (QOL-VR)*. *Imprensa da Universidade de Coimbra URL*. DOI: doi.org/10.14195/978-989-26-12683_4
- Dias, M., Manuel, P., Xavier, P. & Costa, A. (2014). O cancro da mama no “seio” da família. In Dias, M., Durá, E. (Coord), *Territórios da Psicologia Oncológica* (2ª ed., pp. 277-294). Lisboa: Climepsi Editores
- Duarte, I. (2013). *Avaliação da qualidade de vida em mulheres com cancro da mama estudo exploratório com 55 mulheres angolanas*. Dissertação de mestrado não publicada, Instituto Superior de Psicologia e Administração, Lisboa
- England, Breast Cancer Care (2019). *Cirurgia*. Acedido em: <https://www.breastcancercare.org.uk/information-support/facing-breast-cancer/going-through-treatment-breast-cancer/surgery>
- European Organization for Research and Treatment of Cancer, Quality of Life (2017). Acedido em: <http://groups.eortc.be/qol/eortc-qlq-c30>
- European Organization for Research and Treatment of Cancer. (2017b). *EORTC QLQ-C30 scoring manual*. Acedido em: <http://www.eortc.be/qol/files/SCManualQLQ-C30.pdf>
- European Society for Medical Oncology (2013). *Cancro da mama: um Guia para o Doente*. Acedido em: <https://www.nccn.org/patients/guidelines/pdf/breast-portuguese.pdf>
- Faria, N., Fangel, L., Almeida, A., Prado, M., & Carlo, M. (2016). Ajustamento psicossocial após mastectomia um olhar sobre a qualidade de vida. *Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde*, 17 (2), 201-213. DOI: 10.15309/16psd170208
- Furlan, V., Neto, M., Abla, L., Oliveira, C., Lima, A., Ruiz, B., & Ferreira, L. (2013). Qualidade de vida e autoestima de pacientes mastectomizadas submetidas ou não a reconstrução de mama. *Revista Brasileira Cirurgia Plástica*, 28(2), 2064-9

- Garcia, S., Félix, J., Montovani, M., Maftum, M., & Kalinke, L. (2017). Qualidade de vida de mulheres com neoplasia mamária em tratamento quimioterápico. *Revista Baiana Enfermagem*, 31(2):e17489, 1-10. DOI: 10.18471/rbe.v31i2.17489
- Gomes, N., Soares, M., Silva, S. (2015). Autoestima e qualidade de vida de mulheres submetidas à cirurgia oncológica da mama, *Revista Mineira Enfermagem*, 19(2), 120-126. DOI: 10.5935/1415-2762.20150030
- Guimarães, V., Valdevino, S., Santos, S., Leite, K., Andrade, S., & Costa, T. (2014). Qualidade de vida: sinais, sintomas e efeitos psicológicos em mulheres mastectomizadas. *Revista de Enfermagem*, 8(5), 1117-27. Doi: 10.5205/revol.5863-50531-1-ED.0805201403
- Haddad, C., Saad, M., Perez, M., & Júnior, F. (2013). Avaliação da postura e dos movimentos articulares dos membros superiores de pacientes pós-mastectomia e linfadenectomia. *Einstein*, 11(4), 426-434
- Harris, J., Pine, J., Goolsby, J. Moyer, E., Dougherty, B., & Mallon, T. (2014). Diseases of the Breast (5ª ed, cap. 3-4, pp. 60-80). Philadelphia, Pennsylvania: Wolters Kluwer Health
- Kaminska, M., Ciszewski, T., Budny, B., Kubiowski, T., Baczewska, M., Staroslawska, E. & Bojar, I. (2015). Life quality of women with breast cancer after mastectomy or breast conserving therapy treated with adjuvant chemotherapy. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 25(4), p. 724-730
- Lopes, P. (2013). Qualidade de Vida em Saúde: Evidência para Portugal (Dissertação de Mestrado, Instituto Universitário de Lisboa). Acedido em <https://repositorio.iscte-iul.pt/handle/10071/6984>
- Martins, T., Santos, L., Petter, G., Ethur, J., Braz, M. & Pivetta, H. (2017). Reconstrução mamária versus reconstrução pós mastectomia, estudo sobre qualidade de vida, dor e funcionalidade. *Fisioterapia Pesquisa*, 24(4), p. 412-419. DOI:10.1590/1809-2950/17580224032017

- Majewski, J., Lopes, A., Davoglio, T., & Leite, J. (2012). Qualidade de vida em mulheres submetidas à mastectomia comparada com aquelas que se submeteram à cirurgia conservadora: uma revisão de literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(3), 707-716
- Mora, L. (2013). História do tratamento cirúrgico do cancro da mama empirismo e ciência. *Revista Portuguesa de Cirurgia*, 27, 40-58
- Moore, K., Dalley, A., & Agur, A. (2014). Anatomia orientada para a clínica (7ª ed., cap. 1, pp.124-241). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan
- Nelson, H., Hunt, K., Veeramachaneni, N., Blair, S., Chang, S., Halverson, A., Katz, M., & Posner, M. (2015). Operative standards for cancer surgery volume I: breast, lung, pancreas, colon (cap.1, pp 1-4). Philadelphia: Wolters Kluwer Health
- Oliveria, M., Miquelutti, M., Silva, M., Marques, A., Ferreira, N., Gannuny, C., Bassani, M., & Amaral, M. (2015). Fatores preditivos de resposta ao complexo descongestivo fisioterápico para linfedema secundário ao câncer de mama: análise de prontuários. *Fisioterapia Brasil*, 16(3),1-7
- Oliveria, J., Mucuta, P., Pertino, L., Silva, C., Souza, G., Nunes, L., Silva, N., Reis, L., & Júnior, A. (2016). Radiation therapy contribution in breast cancer treatment. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, 15(2), 17-24
- Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development (2015). Portugal como vai a vida. Acedido em: <http://www.oecdbetterlifeindex.org/pt/paises/portugal-pt/>
- Pinto, D., Gouveia, P., & Cardoso, M. (2015). Tratamento cirúrgico do cancro da mama. In F. Cardoso (Coord.), *100 perguntas chave no cancro da mama* (Cap. 3, pp. 15-19). Lisboa: Permanyer Portugal
- Peart, O. (2015). Breast intervention and breast cancer treatment options. *Radiologic*, 86(5), 536-568.
- Portugal, Alto Comissariado da Saúde (2018). Fundamentos do Aleitamento materno anatomia e fisiologia. Acedido em: <http://amamentar.medicineone.net/ProfissionaisdeSa%C3%BAde/Fundamentosdoaleitamentomaterno/Anatomiaefisiologia/tabid/432/Default.aspx>

Portugal, Instituto Nacional de Estatística. (2012). *Censos 2011, resultados definitivos: Portugal*. Acedido em: https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_publicacao_det&contexto=pu&PUBLICACOESpub_boui=73212469&PUBLICACOESmodo=2&seITab=tab1&pcensos=61969554

Portugal, Instituto Nacional de Estatística (2011). Classificação Portuguesa das profissões 2010. Acedido em: <http://azores.gov.pt/NR/rdonlyres/2750F07D-9748-438F-BA47-7AA1F8C3D794/0/PPP2010.pdf>

Portugal, Instituto de Medicina Molecular (2017). Oncologia e cancro da mama em Portugal. Acedido em: <https://fundoimmlaco.pt/estatisticas/>

Portugal, Liga Portuguesa Contra o Cancro. (2017). Cancro da mama. Acedido em: <https://www.ligacontracancro.pt/cancrodamama/>

Portugal, Liga Portuguesa Contra o Cancro. (2017a). Cancro da mama diagnóstico. Acedido em: <https://www.ligacontracancro.pt/cancro-da-mama-diagnostico/>

Portugal, Mandal, A. (2013). Sintomas do Cancro da mama. Acedido em: [https://www.news-medical.net/health/Breast-Cancer-Symptoms-\(Portuguese\).aspx](https://www.news-medical.net/health/Breast-Cancer-Symptoms-(Portuguese).aspx)

Portugal, Ministério da Saúde, Instituto Nacional do Câncer. Câncer de mama. Acedido em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama/cancer_mama

Portugal, Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde (2013). Prevenção da infeção do local cirúrgico. Lisboa: DGS. Acedido em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0242013-de-23122013.aspx>

Portugal, Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde (2017). Programa nacional para as doenças oncológicas 2017. Lisboa: DGS. Acedido em: https://fundoimmlaco.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PNDO2017_V10-ilovepdf-compressed.pdf

Portugal, Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde (2017a). Programa nacional para a prevenção e controlo da dor. Lisboa: DGS. Acedido em: <https://www.dgs.pt/areas->

em-destaque/plano-nacional-de-saude/programas-nacionais/programa-nacional-de-controlo-da-dor.aspx

Recchia, T., Prim, A. & Luz, C. (2017). Funcionalidade do membro superior e qualidade de vida em pacientes com sobrevivência de cinco anos após tratamento cirúrgico para câncer de mama. *Revista Brasileira Ginecologia e Obstetrícia*, 39(3), p. 115-122

Ribeiro, J. (2014). Qualidade de Vida e doença oncológica. In Dias, M., & Durá, E. (Coord), *Territórios da Psicologia Oncológica* (2ª ed., pp. 49-72). Lisboa: Climepsi Editores

Salve, S. (2017). Classification of Mammogram Images (cap.1, pp.5-9). Hamburgo: Anchor Academic Publishing

Santos, L., & Lopes, B. (2014). Cancro da mama o que devemos saber do diagnóstico ao tratamento. Lisboa: LIDEL

Silva, L. (2013). Síndrome do câncer de mama e ovário hereditário: Reflexões e desafios. *Revista do Médico Residente*, 15(3), 193-197

Simeão, S.; Landro, I.; Conti, M.; Gatti, M.; Delgagallo, W., & Vitta, A., (2013). Qualidade de vida em grupos de mulheres acometidas de câncer de mama. *Ciência & Saúde Coletivas*, 18(3), 779-788

Tkaczuk, K., Kesmodel, S., & Feigenberg, S. (2017). Handbook of breast cancer and related breast disease (cap. 10-11, pp. 264-299). Nova Iorque: Demos Medical

Toriy, A., Krawulski, E., Viera, J., Luz C., & Sperandio C. (2013). Percepções, sentimentos e experiências físicoemocionais de mulheres após câncer da mama. *Journal of Human Growth and Development*, 23 (3), 303-308

Vaidya, J., & Patkar, V. (2017). Fast facts: early breast cancer. Oxford: Health Press

Vidotti, J., Comin, F., & Santos, M. (2013). Qualidade de vida em sobreviventes de longo prazo ao câncer de mama análise da produção científica. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, 15(3), 49-68

Washington, National Comprehensive Cancer Network (2011). Breast cancer NCCN guidelines for patients. Version 2.2011. Acedido em: http://carykaufman.com/NCCN_Breast_Cancer_Edu.pdf

WHOQOL Group (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, 23 (3), 24-56.

ANEXOS

Anexo A – Instrumento de colheita de dados

I – Caracterização Sociodemográfica e Clínica

1 – Idade: _____ anos

2 – Estado Civil: Casada/ União de fato Solteira Divorciada/Separada

Viúva

3 – Residência: Meio Rural Meio Urbano

4 – Habilitações Literárias: Não sabe ler nem escrever 1º ciclo escolar (4ª classe)

2º ciclo escolar (9º ano ou antigo 5ºano) 3º ciclo escolar (11º ano ou antigo 7º ano)

12º ano ou equivalente curso superior

5 – Profissão _____

6 – Rendimento mensal médio do agregado familiar:

0-500€ 501-1000€ 1001-2000€ Acima de 2001€

7 – Tipo de cirurgia + abordagem axilar:

Mastectomia Tumorectomia Tumorectomia+ esvaziamento axilar

Mastecomia Bilateral Mastectomia + esvaziamento axilar Quadrantectomia

8 – Tratamento Adjuvante: Quimioterapia Radioterapia Hormonoterapia

Mais que um tratamento

9 – No seu dia-a-dia costuma sentir dor?

Nunca Raras vezes Algumas vezes Muitas vezes Sempre

10 – A sua mão dominante é do lado da cirurgia? Sim Não

11 – Tem história de cancro da mama na família? Sim Não

12 – Tem algum fator de risco para o cancro da mama? Fumadora Consumidora de bebidas alcoólicas Obesidade Uso de contraceptivos orais por longos períodos de tempo Sedentarismo mutação dos genes BRCA1 e BRCA2 Outro

13 - Teve alguma complicação pós-operatória? Seroma Dor

Hematoma Infecção cirúrgica Alterações da sensibilidade Diminuição da mobilidade do braço Eritema Linfedema outro

II - EORTC QLQ-C30 (version 3)

Gostaríamos de conhecer alguns pormenores sobre si e a sua saúde. Por favor, responda você mesmo/a a todas as perguntas fazendo um círculo à volta do número que melhor se aplica ao seu caso. Não há respostas certas nem erradas. A informação fornecida é estritamente confidencial.

Escreva as iniciais do seu nome:

A data de nascimento (dia, mês, ano):

A data de hoje (dia, mês, ano):

| | Não | Um pouco | Bastante | Muito |
|--|-----|----------|----------|-------|
| 1. Custa-lhe fazer esforços mais violentos, por exemplo, carregar um saco de compras pesado ou uma mala? | | | | |
| 2. Custa-lhe percorrer uma grande distância a pé? | | | | |
| 3. Custa-lhe dar um pequeno passeio a pé, fora de casa? | | | | |
| 4. Precisa de ficar na cama ou numa cadeira durante o dia? | | | | |
| 5. Precisa que o/a ajudem a comer, a vestir-se, a lavar-se ou a ir à casa de banho? | | | | |
| Durante a última semana: | | | | |
| 6. Sentiu-se limitado/a no seu emprego ou no desempenho das suas atividades diárias? | | | | |
| 7. Sentiu-se limitado/a na ocupação habitual dos seus tempos livres ou noutras atividades de lazer? | | | | |
| 8. Teve falta de ar? | | | | |
| 9. Teve dores? | | | | |
| 10. Precisou de descansar? | | | | |
| 11. Teve dificuldade em dormir? | | | | |
| | Não | Um pouco | Bastante | Muito |
| 12. Sentiu-se fraco/a? | | | | |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| 13. Teve falta de apetite? | | | | |
| 14. Teve enjoos? | | | | |
| 15. Vomitou? | | | | |
| 16. Teve prisão de ventre? | | | | |
| 17. Teve diarreia? 1 | | | | |
| 18. Sentiu-se cansado/a? | | | | |
| 19. As dores perturbaram as suas atividades diárias? | | | | |
| 20. Teve dificuldade em concentrar-se, por exemplo, para ler o jornal ou ver televisão? | | | | |
| 21. Sentiu-se tenso/a? | | | | |
| 22. Teve preocupações? | | | | |
| 23. Sentiu-se irritável? | | | | |
| 24. Sentiu-se deprimido/a? | | | | |
| 25. Teve dificuldade em lembrar-se das coisas? | | | | |
| 26. O seu estado físico ou tratamento médico interferiram na sua vida familiar? | | | | |
| 27. O seu estado físico ou tratamento médico interferiram na sua atividade social? | | | | |
| 28. O seu estado físico ou tratamento médico causaram-lhe problemas de ordem financeira? | | | | |

Nas perguntas que se seguem faça um círculo à volta do número, entre 1 e 7, que melhor se aplica ao seu caso:

29. Como classificaria a sua saúde em geral durante a última semana?

| | | | | | | |
|---------|---|---|---|---|---|-------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Péssima | | | | | | Ótima |

30. Como classificaria a sua qualidade de vida global durante a última semana?

| | | | | | | |
|---------|---|---|---|---|---|-------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Péssima | | | | | | Ótima |

Às vezes os doentes relatam que tem os seguintes sintomas ou problemas. Por favor, indique em que medida sentiu estes sintomas ou problemas durante a semana passada.

| | Não | Um pouco | Bastante | Muito |
|--|-----|----------|----------|-------|
| Durante a última semana: | | | | |
| 31. Sentiu secura na boca? | | | | |
| 32. A comida e a bebida souberam-lhe de forma diferente da habitual? | | | | |
| 33. Os olhos doeram-lhe, picaram ou choraram? | | | | |
| 34. Caiu-lhe algum cabelo? | | | | |
| 35. Só responda a esta pergunta se teve quedas de cabelo: Ficou preocupada com as quedas de cabelo? | | | | |
| 36. Sentiu-se doente ou indisposta? | | | | |
| 37. Teve afrontamentos? | | | | |
| 38. Teve dores de cabeça? | | | | |
| 39. Sentiu-se menos atraente fisicamente devido à doença e ao tratamento? | | | | |
| 40. Sentiu-se menos feminina por causa da doença e do tratamento? | | | | |
| 41. Teve dificuldade em olhar para o seu corpo, nua? | | | | |
| 42. Sentiu-se pouco satisfeita com o seu corpo? | | | | |
| 43. Preocupou-se com o seu estado de saúde no futuro? | | | | |
| Durante as últimas quatro semanas: | | | | |
| 44. Até que ponto sentiu desejo sexual? | | | | |
| Até que ponto esteve sexualmente ativa? (com ou sem relações sexuais) | | | | |
| | Não | Um pouco | Bastante | Muito |
| 46. Só responda a esta pergunta se esteve sexualmente ativa: Até que ponto as relações sexuais deram-lhe prazer? | | | | |
| Durante a última semana: | | | | |
| 47. Teve dores no braço ou no ombro? | | | | |

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| 48. Teve o braço ou a mão inchados? | | | | |
| 49. Teve dificuldade em levantar o braço ou fazer movimentos laterais com ele? | | | | |
| 50. Sentiu dores na área da mama afetada? | | | | |
| 51. A área da mama afetada inchou? | | | | |
| 52. Sentiu a área da mama afetada muito sensível? | | | | |
| 53. Teve problemas de pele na área ou à volta da área da mama afetada? (por exemplo, comichão, pele seca, pele a escamar) | | | | |

Muito obrigada pela sua preciosa colaboração

Anexo B – Pedido de parecer para a realização do estudo à Comissão de Ética

Ex. mo Senhor
Presidente do Conselho de Administração
Do Centro Hospitalar Tondela-Viseu, E.P.E.

Eu, Andreia Raquel Rodrigues Gomes, estudante do VI Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde de Viseu, no âmbito da Unidade Curricular - Relatório Final- venho solicitar a V. Exa. que se digne a submeter o pedido de estudo/investigação sobre o tema “Qualidade de Vida na Mulher após Mastectomia”, a apreciação da Comissão de Ética do Centro Hospitalar, a fim de ser emitido parecer.

Os objetivos do estudo/investigação são avaliar a qualidade de vida de Mulheres Mastectomizadas e estudar a relação existente entre os determinantes sócio-demográficos e clínicos na sua qualidade de vida e aprofundar as necessidades sentidas pela mulher após mastectomia para ser possível prestar melhores cuidados de enfermagem a todas as mulheres que passam por este problema. Só conhecendo níveis de comprometimento e o seu impacto na qualidade de vida das pacientes se poderão estabelecer estratégias de intervenção de enfermagem que possam melhorar e otimizar a qualidade de vida da mulher, referente ao Centro Hospitalar de Tondela-Viseu. Os dados do estudo compreenderiam mulheres submetidas a cirurgia da mama nos anos de 2016-2017 e a colheita realizada entre 01 e 31 de Julho de 2018.

A escolha do Centro Hospitalar para a recolha de dados deve-se ao facto de desenvolver as minhas funções como enfermeira no serviço de Ginecologia e Obstetrícia e após a realização do curso de especialidade em Enfermagem de Médico-cirúrgica, demonstrar interesse profissional em desenvolver projetos na área da especialidade com vista a contribuir para uma melhoria na prestação de cuidados efetivos e atendendo às necessidades comprometidas deste grupo alvo, sentindo assim a necessidade de um conhecimento mais aprofundado e válido desta população.

Proponho-me assim, a desenvolver um estudo não experimental, transversal e de carácter quantitativo para estudar as mulheres adultas mastectomizada, aplicando o questionário como instrumento de colheita de dados (documento em anexo).

O acompanhamento e concretização do estudo será supervisionado/monitorizado pelo Professor Doutor Olivério Ribeiro, coordenador científico do trabalho e professor coordenador da Escola Superior de Saúde de Viseu.

Grata pela disponibilidade
Com os melhores cumprimentos

Anexo C - Autorização para utilização de questionário

Dear Sir/Madam,

Please find below the links where you can download the documents you requested.

Best regards,

Your data:

Title: Ms

Firstname: Andreia

Lastname: Gomes

Hospital/Institution: Centro Hospitalar Tondeça-Viseu, E.P.E.

Address: Avenida Infante Dom Henrique nº 19 Vale de Aço

County/State: Viseu

Postal Code: 3450-202 - Mortágua

Country: Portugal

Phone: 914632727

Fax:

Email: andreia.gomes_6@hotmail.com

Protocol: Quality of life in women after mastectomy

Documents requested:

QLQ-C30 Core Questionnaire in Portuguese

Breast Module (BR23) in Portuguese

QLQ-C30 Scoring Manual

Scoring Instructions: Breast BR23

URLs:

<http://www.eortc.be/qol/files/C30/QLQ-C30%20Portuguese.pdf>

<http://www.eortc.be/qol/files/BR23/BR23%20Portuguese.pdf>

<http://www.eortc.be/qol/files/SCManualQLQ-C30.pdf>

http://www.eortc.be/qol/files/ScoringInstructions/BR23_summary.pdf

Email recebido a 11/05/2018

